

ชื่อเรื่องบทความวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มา
ด้วยอาการไม่จำเพาะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวซอ

ชื่อ-สกุล ผู้วิจัยหลัก นางวิมลวรรณ มหิวรรณ

สถานที่ปฏิบัติงาน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวซอ จังหวัดอุดรธานี

เบอร์โทรศัพท์ 089 940 8477

ID Line ผู้วิจัย dewwimolsiri

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวซอ

วิมลวรรณ มหิวรรณ, พย.บ.*

ภาณุพงษ์ พงศ์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ทีมผู้ร่วมวิจัยหลัก จำนวน 14 คน และผู้ป่วยที่ใช้ในการทดลองแนวปฏิบัติ จำนวน 62 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงาน แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) และการเปรียบเทียบร้อยละความถูกต้องก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการตรวจสอบแบบสามเส้า

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรกรับ ขั้นตอนที่ 2 การซักประวัติอาการไม่จำเพาะ (10 อาการ) ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย (Red Flags 5 ประการ) ขั้นตอนที่ 4 การประเมินปัจจัยเสี่ยง ขั้นตอนที่ 5 การประเมินระดับความเสี่ยงและการจัดการ (3 ระดับ) และขั้นตอนที่ 6 การบันทึกและการสื่อสาร (SBAR) ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติพบว่า ความถูกต้องในการคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.0 เป็นร้อยละ 90.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระยะเวลาตั้งแต่มาพบจนถึงได้รับการวินิจฉัยลดลงจาก 45 นาที เป็น 28 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ โรงพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การคัดกรอง, โรคหลอดเลือดหัวใจ

*งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวซอ

**กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองบัวซอ

Improving of Nursing Practice Guidelines for Screening Coronary Artery Disease Patients with Atypical Presentations in Emergency Department of Nongwauso Hospital

Wimolwan Mahiwan, B.S.N. *
Phanuphong Phangtui, M.S.N. **

Abstract

This action research aimed to 1) Improve nursing practice guidelines for screening coronary artery disease patients with atypical presentations, and 2) evaluate the effectiveness of the improved guidelines. The research participants consisted of two groups: 14 core research team members and 62 patients. Research instruments included semi-structured interviews, practice observation forms, guideline evaluation forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics (Paired t-test), comparison of screening accuracy rates before and after guideline implementation, and content analysis with triangulation for qualitative data.

The results showed that the improving of nursing practice guidelines through a two-cycle action research process resulted in guidelines that were clear, easy to use, and appropriate for the hospital context. The guidelines consist of six steps: Step 1, Initial Assessment; Step 2, Atypical Symptom History Taking (10 symptoms); Step 3, Red Flag Monitoring (5 red flags); Step 4, Risk Factor Assessment; Step 5, Risk Level Assessment and Management (3 levels); and Step 6, Documentation and Communication (SBAR). The effectiveness demonstrated statistically significant improvements in screening accuracy from 71.0% to 90.3% ($p < 0.05$). Time from arrival to diagnosis significantly decreased from 45 minutes to 28 minutes ($p < 0.05$), and nurses reported high satisfaction with the guidelines.

Recommendations include continuous implementation of the guidelines, regular review and improvement, ongoing staff development, and further research in hospitals with different contexts, including long-term patient outcome studies.

คำสำคัญ : Nursing Practice Guidelines, Screening, Coronary artery disease

* Emergency and forensic unit, Nursing department, Nong Wua So Hospital.

** Primary and Holistic care Department, Nong Wua So Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นโรคที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมันหรือพลาแก (plaque) ในผนังของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงและขัดขวางการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งส่งผลให้หัวใจได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ โรคนี้เป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก (angina) และสามารถนำไปสู่อการหัวใจวาย (heart attack) หากหลอดเลือดตีบตันจนกระทั่งเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้อย่างเพียงพอ¹

โรคหลอดเลือดหัวใจยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิต 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573² สถานการณ์ในประเทศไทยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 70,000 ราย เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตชั่วโมงละ 8 คน³

ที่น่าสนใจคือประมาณร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่จำเพาะ เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น เวียนศีรษะ⁴ ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยอัตราการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 2-10⁵ ซึ่งการวินิจฉัยล่าช้าเพียง 30 นาที เพิ่มอัตราการเสียชีวิตขึ้นร้อยละ 7.5 และทุกๆ 10 นาทีที่ล่าช้าในการรักษา เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 3.3⁶

จากการทบทวนข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) ของโรงพยาบาลหนองบัวหอน พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ (Atypical presentation) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบอัตราส่วนอาการจำเพาะต่ออาการไม่จำเพาะเป็น 17:9, 11:6, 10:10, 5:10 และ 9:9 ตามลำดับ อัตราการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 (28.5-31.8) ตลอด 5 ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาการรอคอยการวินิจฉัยเฉลี่ยนานถึง 45 นาที ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 30 นาที โดยพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าเป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ นอกจากนี้ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 พบว่า พยาบาลร้อยละ 82 รู้สึกไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ และร้อยละ 65 แสดงความต้องการแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการคัดกรอง ลดระยะเวลาในการวินิจฉัย และเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลในการตัดสินใจทางคลินิก อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนอย่างยั่งยืน

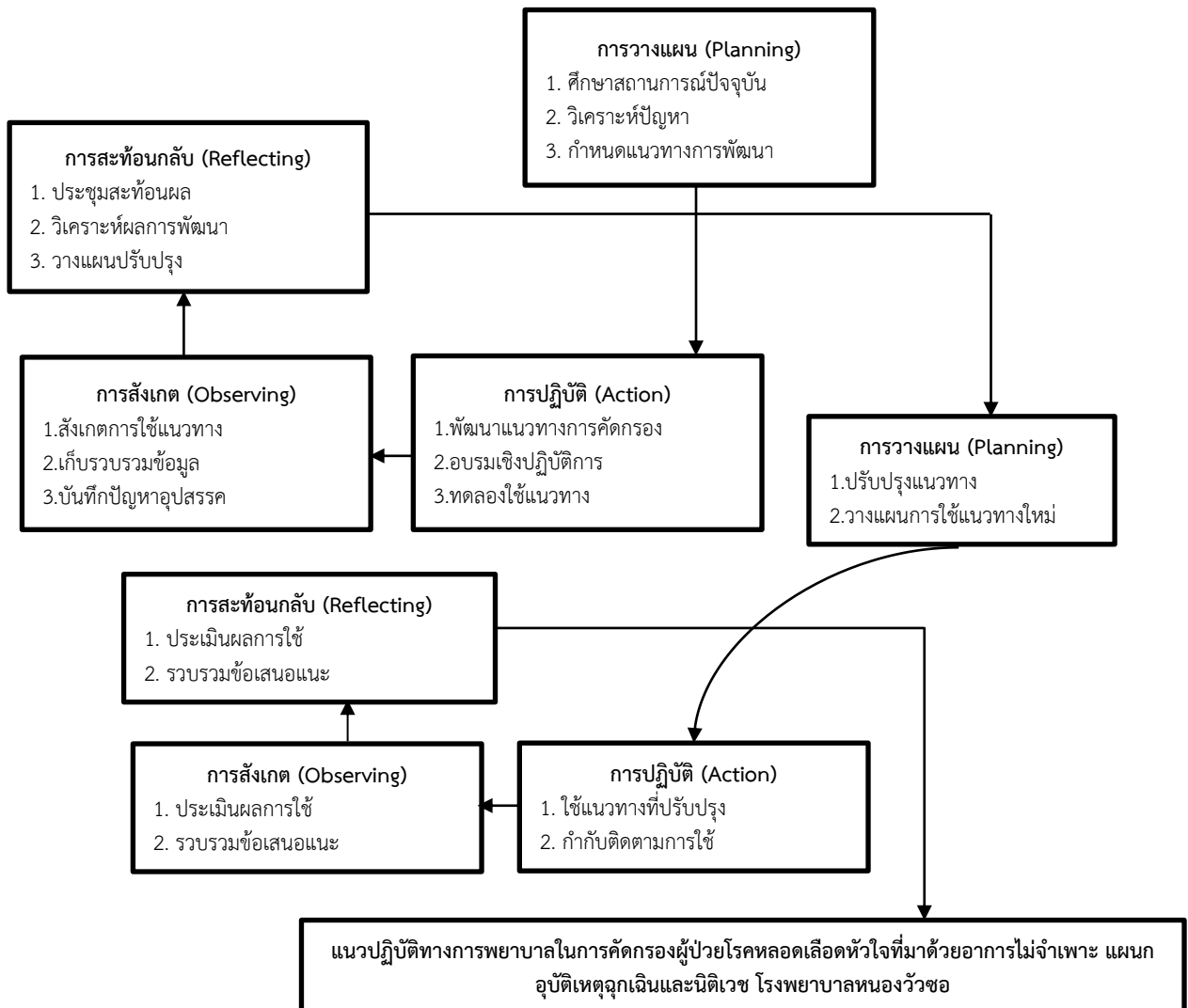
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวหอน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวหอนที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart, 1988)⁷ เนื่องจากการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องอาศัยความ

ร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทจริง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินการเป็น 2 วนรอบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคทาเกท⁷ มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาแนวทางการคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวช่อ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองบัวช่อ จำนวน 14 คน

2. ผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะที่อาจเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวช่อ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมผู้ร่วมวิจัยหลัก คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุ
- ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอกมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี
- มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไม่จำเพาะของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ตลอดโครงการ
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

2. ผู้ป่วยที่ใช้ในการทดลองแนวปฏิบัติ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 62 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- มาด้วยอาการไม่จำเพาะที่อาจเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น แน่นหน้าอก คลื่นไส้ เหงื่อออก
- มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับผู้ป่วย ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว ดังนี้

$$n = Z^2 \alpha / 2 P(1-P) / d^2$$

โดย n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

$Z\alpha/2$ = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)

P = สัดส่วนที่คาดว่าจะพบ (0.85)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.10)

แทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง $n = 48.98 \approx 49$ ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Drop out) 20% จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น Adjusted $n = 49 / (1 - 0.20) = 49 / 0.80 = 61.25 \approx 62$ ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการของพยาบาล

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงาน เพื่อสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล

3. แบบฟอร์มบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐาน การประเมินอาการ การประเมินปัจจัยเสี่ยง สัญญาณชีพ คะแนนความเสี่ยงและการตัดสินใจ และการติดตามและผลลัพธ์

4. แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อประเมินความถูกต้องในการคัดกรองและระยะเวลาในการคัดกรอง

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและความชัดเจน ด้านการใช้งาน ด้านความมั่นใจในการปฏิบัติ ด้านการสนับสนุนและการพัฒนา และ ความพึงพอใจโดยรวม รวม 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 ท่าน และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน พบว่า มีค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่า S-CVI/Ave = 0.90 และ S-CVI/UA = 0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ดังนี้

- ด้านข้อมูล (Data triangulation) เก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน จากจุดบริการต่างๆ และจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย

- ด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) ทีมผู้วิจัยหลักประกอบด้วยทีมพยาบาลจากหลายจุด และมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คน

- ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสาร

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินแนวปฏิบัติ ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบระยะเวลาในการคัดกรองก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ใช้การเปรียบเทียบร้อยละความถูกต้องในการคัดกรองก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทปและจัดทำบันทึกการสนทนากลุ่ม จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ (Thematic Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 6968 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

1.1 ทีมผู้ร่วมวิจัยหลัก จำนวน 14 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 10 คน และแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุเฉลี่ย 38.5 ปี (S.D. = 8.2, Median = 45.5, Min = 29, Max = 54) ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100.00 และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.3 ปี (S.D. = 6.5, Median = 20, Min = 2, Max = 29) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ร่วมวิจัยหลัก (n = 14)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	14	100
อายุ (ปี)		
Mean = 38.5, S.D. = 8.2, Median = 45.5, Min = 29, Max = 54		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	14	100.00
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
Mean = 12.3, S.D. = 6.5, Median = 20, Min = 2, Max = 29		
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	10	71.43
แผนกผู้ป่วยนอก	4	28.57

1.2 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 62 ราย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.06 (n=36) มีอายุเฉลี่ย 58.3 ปี (S.D. = 12.7, Median = 57, Min = 35, Max = 88) โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.84 เบาหวาน ร้อยละ 38.71 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 32.26 พฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดคือ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 67.74 และอาการสำคัญที่มาพบแพทย์บ่อยที่สุดคือ อ่อนเพลีย/เหนื่อย ร้อยละ 48.39 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย (n = 62)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	36	58.06
ชาย	26	41.94
อายุ (ปี)		
Mean = 58.3, S.D. = 12.7, Median = 57, Min = 35, Max = 88		
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	34	54.84
เบาหวาน	24	38.71
ไขมันในเลือดสูง	20	32.26
พฤติกรรมเสี่ยง		
ไม่ออกกำลังกาย	42	67.74
สูบบุหรี่	14	22.58
อาการสำคัญที่มา		
อ่อนเพลีย/เหนื่อย	30	48.39
ใจสั่น/หัวใจเต้นผิดปกติ	18	29.03
คลื่นไส้/อาเจียน	8	12.90
อาการอื่นๆ	6	9.68

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ

การพัฒนาแนวปฏิบัติดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคทาากา⁷ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนวนซ้ำ 2 วงรอบ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ ดังนี้

2.1 วงรอบที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติเบื้องต้น

1. **ขั้นการวางแผน (Planning)** จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมพยาบาล 14 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ค้นหาปัญหา และระบุความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลการสนทนากลุ่มพบปัญหาสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (1) แนวทางเดิมเน้นการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการจำเพาะเป็นหลัก ไม่ครอบคลุมอาการไม่จำเพาะ (2) พยาบาลร้อยละ 82 ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก (3) การประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่เป็นระบบ ขาดเกณฑ์มาตรฐาน และ (4) ระยะเวลาการคัดกรองเฉลี่ย 45 นาที เกินเกณฑ์มาตรฐาน 30 นาที ทีมผู้วิจัยจึงกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ครอบคลุม เป็นระบบ และใช้งานได้จริง

2. **ขั้นการปฏิบัติ (Action)** พัฒนาแนวปฏิบัติเบื้องต้น 6 ขั้นตอน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากวรรณกรรมและแนวทางขององค์กรทางการแพทย์ จัดการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทั้ง 14 คน ระยะเวลา 6 ชั่วโมง ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องอาการไม่จำเพาะของโรคหลอดเลือดหัวใจ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การแปลผล EKG และการใช้แบบฟอร์มคัดกรอง จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจริง จำนวน 30 ราย ระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. **ขั้นการสังเกต (Observation)** ทีมผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในภาพรวมร้อยละ 87.5 ความถูกต้องในการคัดกรองร้อยละ 83.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการคัดกรอง 35 นาที

4. **ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)** ทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดที่พบในวงรอบที่ 1 ได้แก่ (1) คำถามบางข้อในแบบประเมินยังไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลตีความแตกต่างกัน (2) แบบฟอร์มมีความยาวเกินไป ใช้เวลานานเกินไป (3) เกณฑ์การให้คะแนนบางข้อยังไม่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และ (4) พยาบาลบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับการใช้ระบบคะแนน ทีมผู้วิจัยจึงมีมติให้ดำเนินการวงรอบที่ 2 เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ

2.2 วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. **ขั้นการวางแผน (Planning)** ทีมผู้วิจัยวางแผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยอิงผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 ดังนี้ (1) ปรับปรุงข้อความในแบบประเมินให้ชัดเจน เข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่คุ้นเคยในบริบทการปฏิบัติงาน (2) ปรับแบบฟอร์มให้กระชับขึ้น ตัดรายการที่ซ้ำซ้อน (3) ปรับเกณฑ์การให้คะแนนให้เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการ (4) พัฒนาเครื่องมือเสริม ได้แก่ การ์ดอ้างอิงขนาดพกพา และ (5) พัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Clinical Decision Support)

2. **ขั้นการปฏิบัติ (Action)** นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 32 ราย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ จัดการอบรมทบทวนสั้นๆ ก่อนเริ่มวงรอบที่ 2 เน้นประเด็นที่พบปัญหาจากวงรอบที่ 1

3. **ขั้นการสังเกต (Observation)** พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดีขึ้นเป็นร้อยละ 95.3 ความถูกต้องในการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.8 ระยะเวลาเฉลี่ยในการคัดกรองลดลงเหลือ 28 นาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกมากขึ้น

4. **ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)** ทีมผู้วิจัยประเมินสรุปว่า แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใน วงรอบที่ 2 มีความเหมาะสมและสามารถใช้งานได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลหนองบัวซอ ผลลัพธ์ที่ได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทีมผู้วิจัยมีมติให้รับรองแนวปฏิบัตินี้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของแผนกต่อไป

ส่วนที่ 3 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นและการเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิม

3.1 **แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น** แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม (Initial Assessment) พยาบาลทำการประเมินทันทีที่ผู้ป่วย มาถึง โดยบันทึกเวลาแรกเริ่ม ลักษณะทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว และอาการสำคัญที่มา พร้อมทั้งตรวจวัด สัญญาณชีพครบถ้วน ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย และความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด (SpO₂)

ขั้นตอนที่ 2 การซักประวัติอาการไม่จำเพาะ (Atypical Symptom Assessment) ใช้แบบ ประเมิน C1 ซึ่งครอบคลุมอาการสำคัญ 10 อาการที่อาจเป็นอาการไม่จำเพาะของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อย หายใจลำบาก ปวดท้องส่วนบน คลื่นไส้/อาเจียน เหงื่อออกผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น ปวดหลัง ปวดร้าวที่คอ/กราม/แขน และอาการอื่นๆ พร้อมซักประวัติลักษณะอาการ ตำแหน่ง ระยะเวลา ปัจจัยกระตุ้น และการรักษาก่อนมา

ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย (Red Flags Monitoring) ใช้แบบบันทึก C2 ประเมิน Red Flags 5 ประการ ได้แก่ (1) เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน (2) หายใจลำบากมาก (3) ระดับ ความรู้สึกตัวลดลง (4) สัญญาณชีพผิดปกติรุนแรง และ (5) อาการร้าวไปที่คอ/กราม/แขนซ้าย หากพบ Red Flags ให้แจ้งแพทย์ทันทีโดยไม่รอขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor Assessment) ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไข ไม่ได้ ได้แก่ อายุ (ชาย >45 ปี หญิง >55 ปี) เพศชาย และประวัติโรคหัวใจในครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไข ได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และการขาดการออกกำลังกาย พร้อมทั้งตรวจร่างกายตามระบบและทำ EKG ทุกราย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินระดับความเสี่ยงและการจัดการ (Risk Stratification and Management) คำนวณคะแนนความเสี่ยงรวมจากผลการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ คะแนนอาการไม่จำเพาะ (C1) คะแนน Red Flags (C2) และจำนวนปัจจัยเสี่ยง จัดระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความเสี่ยง สูง (คะแนนรวม ≥ 7) ดำเนินการ EKG ทันที รายงานแพทย์ใน 10 นาที ติด Monitor และส่งตรวจ Lab ระดับ ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนนรวม 4-6) ดำเนินการ EKG และ Lab รายงานแพทย์ใน 30 นาที และระดับความ เสี่ยงต่ำ (คะแนนรวม <4) ดำเนินการ EKG ให้คำแนะนำและนัดติดตาม

ขั้นตอนที่ 6 การบันทึกและการสื่อสาร (Documentation and Communication) บันทึก ข้อมูลครบถ้วนในแบบฟอร์มคัดกรอง ได้แก่ อาการ สัญญาณชีพ ผลการประเมิน ระดับความเสี่ยง การ ดำเนินการ และเวลาของแต่ละขั้นตอน พร้อมส่งมอบข้อมูลแก่ทีมผู้ดูแลตามหลัก SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation)

3.2 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติเดิมกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เมื่อเปรียบเทียบแนวปฏิบัติเดิมกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่ พบความแตกต่างที่สำคัญในหลายมิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติเดิมกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

มิติการเปรียบเทียบ	แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
ขอบเขตการคัดกรอง	เน้นอาการจำเพาะ 3 อาการ ไม่ครอบคลุมอาการไม่จำเพาะ	ครอบคลุมอาการไม่จำเพาะ 10 อาการ และ Red Flags 5 ประการ
การประเมินปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีระบบประเมินขึ้นอยู่กัคลยพินิจพยาบาล	มีแบบประเมินมาตรฐาน ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้
การจัดระดับความเสี่ยง	ไม่มีระบบจัดระดับความเสี่ยงอย่างเป็นทางการ	จัดระดับ 3 ระดับ (สูง/ปานกลาง/ต่ำ) พร้อมแนวทางการจัดการที่ชัดเจน
การบันทึกและสื่อสาร	ไม่มีแบบฟอร์มมาตรฐานเฉพาะ	มีแบบฟอร์มครบถ้วน ส่งมอบข้อมูลตามหลัก SBAR
ระยะเวลาวินิจฉัย	เฉลี่ย 45 นาที เกินมาตรฐาน 30 นาที	เฉลี่ย 28 นาที อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

4.1 ความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย หลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ความถูกต้องในการคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.0 เป็นร้อยละ 90.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.3 การคัดกรองผิดพลาดลดลงจาก 18 ราย (ร้อยละ 29.0) เหลือเพียง 6 ราย (ร้อยละ 9.7) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติใหม่ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการคัดกรองพลาด (missed case) ลดลงจาก 6 ราย เหลือเพียง 2 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดกรองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ	การเปลี่ยนแปลง	p-value
ความถูกต้องในการคัดกรอง (%)	71.0	90.3	+19.3%	< 0.05*
จำนวนที่คัดกรองผิดพลาด (ราย)	18 (29.0%)	6 (9.7%)	-12 ราย	< 0.05*
Missed case (ราย)	6	2	-4 ราย	< 0.05*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (Paired t-test)

4.2 ระยะเวลาในการคัดกรองและวินิจฉัย หลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบจนถึงการประเมินเสร็จลดลงจาก 25 นาที เป็น 15 นาที ระยะเวลาตั้งแต่มาพบจนถึงพบแพทย์ลดลงจาก 35 นาที เป็น 22 นาที และระยะเวลาตั้งแต่มาพบจนถึงได้รับการวินิจฉัยลดลงจาก 45 นาที เป็น 28 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกตัวชี้วัด คิดเป็นการลดลงเฉลี่ยร้อยละ 37.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระยะเวลาในการคัดกรองและวินิจฉัยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

ระยะเวลา	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (นาที)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (นาที)	ลดลง (%)	p-value
แรกรับถึงการประเมินเสร็จ	25	15	40.0	< 0.05*
แรกรับถึงพบแพทย์	35	22	37.1	< 0.05*
แรกรับถึงได้รับการวินิจฉัย	45	28	37.8	< 0.05*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (Paired t-test)

4.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.35, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความมั่นใจในการปฏิบัติมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.52, S.D. = 0.38) รองลงมา คือ ด้านเนื้อหาและความชัดเจน (Mean = 4.41, S.D. = 0.45) ด้านการสนับสนุนและการพัฒนา (Mean = 4.38, S.D. = 0.48) ด้านการใช้งาน (Mean = 4.25, S.D. = 0.52) และด้านความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.19, S.D. = 0.46) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (N=14)

ด้านที่ประเมิน	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านเนื้อหาและความชัดเจน	4.41	0.45	มาก
2. ด้านการใช้งาน	4.25	0.52	มาก
3. ด้านความมั่นใจในการปฏิบัติ	4.52	0.38	มากที่สุด
4. ด้านการสนับสนุนและการพัฒนา	4.38	0.48	มาก
5. ความพึงพอใจโดยรวม	4.19	0.46	มาก
ภาพรวม	4.35	0.42	มาก

เกณฑ์การแปลผล: 4.51-5.00 = มากที่สุด, 3.51-4.50 = มาก, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 1.51-2.50 = น้อย, 1.00-1.50 = น้อยที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Koshy et al.⁸ ที่พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีหลายวงรอบช่วยให้สามารถพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะกระบวนการสะท้อนกลับในแต่ละวงรอบเปิดโอกาสให้ทีมผู้วิจัยได้ระบุปัญหาและหาแนวทางแก้ไขได้อย่างตรงจุด การใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในขั้นการวางแผนของวงรอบที่ 1 ช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการจริงของพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Krueger และ Casey⁹ ที่ระบุว่า การสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้มีประสบการณ์ตรง ผลที่ได้ทำให้แนวปฏิบัติสะท้อนความต้องการจริงของผู้ปฏิบัติงาน นำไปสู่การยอมรับและการนำไปใช้อย่างจริงจัง นอกจากนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติบนพื้นฐาน PARIHS Framework (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) ของ Kitson et al.¹⁰ ที่เน้นความสำคัญของปัจจัย 3 ด้าน คือ หลักฐาน บริบท และการอำนวยความสะดวก ยังช่วยให้การนำแนวปฏิบัติไปใช้ประสบความสำเร็จ เพราะแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นถูกออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน มีการฝึกอบรมที่เหมาะสม และมีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ

2. ความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นพบว่า ความถูกต้องในการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 71.0 เป็นร้อยละ 90.3 ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการลดการคัดกรองพลาด (missed case) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่อาจนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างร้ายแรง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Body et al.¹¹ ที่พบว่า การใช้ clinical decision rule ที่เป็นระบบ เช่น T-MACS decision aid ช่วยลดอัตราการพลาดในการวินิจฉัย Acute Coronary Syndrome ได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากระบบการให้คะแนนและการจัดระดับความเสี่ยงช่วยให้พยาบาลมีกรอบในการ

ตัดสินใจทางคลินิกที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ทั้งนี้ ความสำเร็จในการเพิ่มความถูกต้องของการคัดกรองส่วนหนึ่งมาจากการที่แนวปฏิบัติใหม่ครอบคลุมอาการไม่จำเพาะอย่างครบถ้วน 10 อาการ ซึ่งแตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิมที่เน้นเพียง 3 อาการจำเพาะ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ DeVon et al.¹² ที่เสนอให้ทบทวนการใช้คำว่า "อาการจำเพาะ" และ "อาการไม่จำเพาะ" ในทางคลินิก เพราะผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยหญิง มักมาด้วยอาการที่ไม่ใช่อาการเจ็บหน้าอกแบบคลาสสิก

3. ระยะเวลาในการคัดกรองและวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบจนถึงได้รับการวินิจฉัยลดลงจาก 45 นาที เป็น 28 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นการลดลงร้อยละ 37.8 การลดลงของระยะเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการรักษาที่รวดเร็วช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหาย ลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิด "Time is Muscle" ที่เน้นความสำคัญของเวลาในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ De Luca et al.¹² ที่พบว่า ทุก 1 นาทีที่ล่าช้าในการรักษาเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และทุก 10 นาทีที่ล่าช้าเพิ่มความเสียหายเสียชีวิตร้อยละ 3.3 ดังนั้น การที่แนวปฏิบัติสามารถลดระยะเวลาวินิจฉัยได้ถึง 17 นาที จึงมีความสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่ง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาลดลงได้คือ การที่แนวปฏิบัติใหม่กำหนดระยะเวลาเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน รวมถึงการกำหนดให้ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงต้องได้รับการรายงานแพทย์ภายใน 10 นาที ซึ่งช่วยป้องกันความล่าช้าที่เกิดจากการรอขั้นตอนอื่นๆ ให้เสร็จก่อน

4. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.35, S.D. = 0.42) โดยเฉพาะด้านความมั่นใจในการปฏิบัติมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.52, S.D. = 0.38) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากจากการสำรวจเดิมพบว่า พยาบาลร้อยละ 82 รู้สึกไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่จำเพาะ การที่แนวปฏิบัติสามารถเพิ่มความมั่นใจให้พยาบาลได้จึงเป็นความสำเร็จที่สำคัญ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura¹³ เกี่ยวกับ self-efficacy ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีผลต่อการปฏิบัติงานและผลลัพธ์ที่ได้รับ เมื่อพยาบาลมีความมั่นใจมากขึ้นจากการมีแนวทางที่ชัดเจน ย่อมส่งผลให้การตัดสินใจทางคลินิกมีความถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น ความพึงพอใจด้านการใช้งาน (Mean = 4.25) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำสุดในบรรดาทั้ง 5 ด้าน สะท้อนให้เห็นว่า แม้แนวปฏิบัติจะได้รับการปรับปรุงในวงรอบที่ 2 แต่ยังมีช่องว่างในการพัฒนาความสะดวกในการใช้งาน เช่น การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่จะช่วยลดภาระงานเอกสาร

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทำให้แนวปฏิบัติที่ได้สะท้อนความต้องการจริงและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ (2) การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์มากขึ้นในแต่ละวงรอบ (3) การอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ (4) การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการใช้แนวปฏิบัติ และ (5) การมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับโรงพยาบาลหนองบัวจ้อ จัดให้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จัดการอบรมทบทวนสำหรับพยาบาลเดิมและอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลใหม่ พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็ว ขยายผลไปยังแผนกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก

2. สำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ควรศึกษาแนวปฏิบัติและเครื่องมือต่างๆ ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ประเมินบริบทของโรงพยาบาลตนเองว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง หากจำเป็น นำไปใช้ทดลองในวงจำกัดก่อน แล้วจึงขยายผลเมื่อมั่นใจในความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Controlled Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับแนวทางมาตรฐานอย่างชัดเจน
3. ควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้แนวปฏิบัติ เช่น ความยั่งยืนในการใช้แนวปฏิบัติ และผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
4. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย เช่น อัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้แนวปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้การรับรองโครงการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองวัวซอ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยดี และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. โรคหลอดเลือดหัวใจ: จากพยาธิสภาพสู่การรักษา. วารสารสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. 2565;15(2):45-62.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) fact sheet [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Dec 15]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2566.
4. DeVon HA, Mirzaei S, Zègre-Hemsey J. Typical and atypical symptoms of acute coronary syndrome: Time to retire the terms? J Am Heart Assoc. 2020;9(7):e015539.
5. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-367.
6. Viana M, Laszczyńska O, Araújo C, Borges A, Barros V, Ribeiro AI, Dias P, Maciel MJ, Moreira I, Lunet N, Azevedo A. Patient and system delays in the treatment of acute coronary syndrome. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2020 Mar 1;39(3):123-31.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.

8. Koshy V, Waterman H, Koshy E. Action research in healthcare. London: SAGE Publications; 2011.
9. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 5th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2015.
10. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Qual Health Care*. 1998;7(3):149-58.
11. Body R, Carlton E, Sperrin M, Lewis PS, Burrows G, Carley S, et al. Troponin-only Manchester Acute Coronary Syndromes (T-MACS) decision aid: Single biomarker re-derivation and external validation in three cohorts. *Emerg Med J*. 2018;35(7):420-6.
12. De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: Every minute of delay counts. *Circulation*. 2004;109(10):1223-5.
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.