



การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติค

ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

Establishment of Standard of Nursing Care for Peptic Ulcer

Patient with Post-operative Partial Gastrectomy



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974 - 586 -954 - 6

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by อดิชนันท์ นานการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

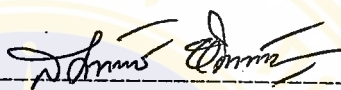
การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติค

ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน



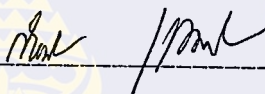
พวงแก้ว จินตา

ผู้วิจัย



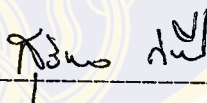
สมพันธ์ ทิพย์ระชนันท์, วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



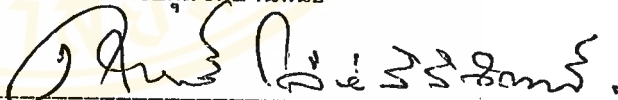
สายพิมพ์ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม.

กรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์



สุวิมล กิมปี, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม.

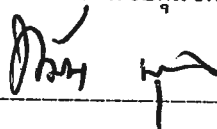
กรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์



ตรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์, วท.บ., พ.บ.,

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

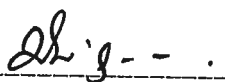
กรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

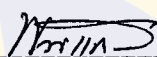
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติค
ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

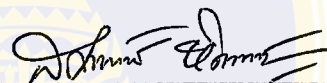
สาขานพยาบาลศาสตร์

วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2533

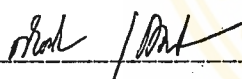
พวงแก้ว จินดา

ผู้วิจัย



สมพันธ์ พิญชีระนันท์, วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



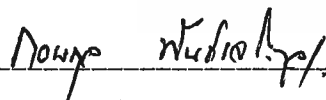
สายฝน เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุวิมล กิมปี, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม.

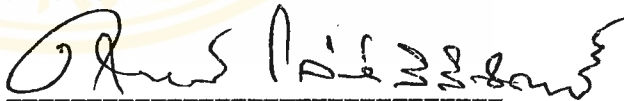
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ. (พยาบาล)

เกียรตินิยม, M.S., Ph.D.

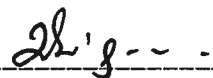
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ดวินทร์ โล่ห์ลิธิวัฒน์, วท.บ., พ.บ.,

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

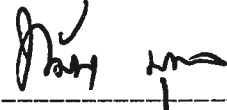
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพวงแก้ว จินดา
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2497
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยนาท
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และนตุงครรภัก์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
ทุนการศึกษา	China Medical Board of New York
ตำแหน่ง	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดีจาก
รองศาสตราจารย์สมพันธ์ พิณชีระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรินทร์ โล่ห์ลิวิวัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สายฝน เกษมกิจวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี อาจารย์ผู้ควบคุม
วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อ
บกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจ
เป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

อนึ่ง การวิจัยครั้งนี้จะไม่สามารถสำเร็จลงได้ หากปราศจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ชำนาญ
การที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ตอบแบบสอบถามตลอดจนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล
ต่าง ๆ ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบ
พระคุณ ณ ที่นี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สามี นี ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจ
สนับสนุนส่งเสริมและช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณ China Medical Board of
New York ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

พวงแก้ว จินดา
ผู้วิจัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผล เปปติค
 ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ผู้วิจัย **พวงแก้ว** **จินดา**

ปริญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมาการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมพันธ์ หิดธิระนันท์ วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

สาขานิเทศศาสตร์ เกษมกิจวัฒนา ค.บ.,วท.ม.

ส่วมล กิมปี วท.บ. (พยาบาล), ค.ม.

ดร.นพ. โสภัทร ลีสวัสดิ์ วท.บ.บ.ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

วันที่สำเร็จการศึกษา 4 ธันวาคม พ.ศ. 2533

บทคัดย่อ

การให้การพยาบาลที่ถูกต้องและมีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน จะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายของผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ แต่การพยาบาลอย่างไรจึงจะถูกต้องและมีคุณภาพดีที่สุดนั้น วิธีหนึ่งที่สามารถบอกได้คือ การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้น ดังนั้นการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ย่อมมีประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยและต่อวิชาชีพพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคแผลเปปติค ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ประกอบด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 30 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ ผลของการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนรวมทั้งหมด 10 มาตรฐาน ซึ่งในแต่ละมาตรฐานประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่สร้างขึ้นซึ่งมี 10 มาตรฐานดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยต์

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสตติค

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคายยางจากกระเพาะอาหาร
(N.G. Tube)
- มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม
- มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
- มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ
- มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้วไปสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง โดยใช้แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นจากผู้ชำนาญการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ จำนวน 85 ท่าน ผลของการสำรวจพบว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกันทั้งในด้านเครื่องมือเครื่องใช้ และบุคลากร ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานพบว่า มีส่วนน้อยไม่ได้ผลตามที่คาดไว้โดยผู้ชำนาญให้เหตุผลว่าเนื่องจากภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน

Thesis Title Establishment of Standard of Nursing Care for Peptic
Ulcer Patient with Post-Operative partial Gastrectomy.

Name Paungkaew Jinda

Degree Master of Science (Nursing)

Thisis Supervisory Committee

Sompan Hinjiranan, B.Sc.(Nursing) Hon., M.S.

Saipin Gasemgitvatana, B.Ed., M.S.

Suvimol Kimpee , B.Sc.(Nursing), M.Ed.

Darin Lohsiriwat, M.D., Dip.Thai Board of Surgery

Date of Graduation 4 December B.E. 2533 (1990)

Abstract.

In the peptic ulcer patients who undergo partial gastrectomy, the highest quality of post operative nursing care will help to promote the patients health to normal state rapidly, including good compliance of the patients in self care practice, prevention of post operative complications, and reduction of recurrence rate of peptic ulcer. But what is the highest quality nursing care should be studied and established. One mean is establishment of nursing care standard for these patients. These standards of nursing care will be most beneficial to both the patients and nursing profession.

The purpose of this study was to establish the standard of nursing care for peptic ulcer patient with post operative partial gastrectomy. The standard was developed by using Delphi technique which compiled 30 clinical specialists. The agreement of the specialists judgement was analysed by using median and interquartile range. As a result, 10 standards of nursing were obtained, each of which consisted of nursing activities and the expected outcome of the after caring in accordance with the formulated nursing care standard. The 10 standards of nursing care are following:

- Standard 1 The patient is free from haemorrhagic shock
- Standard 2 The patient has balance fluid and electrolyte
- Standard 3 The patient is relieved of pain and free from side effects of Morphine like analgesic.
- Standard 4 The patient is free from abdominal distention
- Standard 5 The Patient is relieved of discomfort symptom of retained Naso-gastric tube
- Standard 6 The patient is free from atelectasis and pneumonia.
- Standard 7 The patient is free from infection of surgical wound
- Standard 8 The patient has adequate nutrition
- Standard 9 The patient is relieved of anxiety from his condition and economic problems
- Standard 10 The patient is free from complications due to gastric surgery and is able to practice in daily living

The complete standards of nursing care were sent to 85 expert nurses to survey the feasibility of implying these standards into practice in the real situation. The results of the survey showed that majority the nursing activities included in the process standards were applicable in the university hospital, the general hospital in the central region, the center consultant hospitals throughout the country and general hospitals. The minority of the nursing action was inapplicable due to structural problems such as inadequate instruments and personnel concerning the expected outcome, only quite a few failed to achieve because of the health condition as well as the treatment for each patient

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	4
นิยามตัวแปร	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
การพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาล	6
เทคนิคเดลฟาย	15
การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลของการวิจัยและอภิปรายผล	46
ผลของการวิจัย	46
อภิปรายผล	111

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	126
สรุปการวิจัย	126
ข้อเสนอแนะ	131
บรรณานุกรม	134
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้เชี่ยวชาญและรายชื่อโรงพยาบาลของผู้ชำนาญการ	140
ข. การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้าง มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร ออกบางส่วน	145

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางเปรียบเทียบการสร้างมาตรการพยาบาลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์	13
2	การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ	17
3	ผลการรักษาผู้ป่วยมีเลือดออกในทางเดินอาหาร	26
4	แสดงการมีเลือดออกซ้ำภายหลังผ่าตัด	26
5	มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน	37
6	จำนวนและอัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญจำแนกตาม อายุ วุฒิการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงานลักษณะงานปฏิบัติและประสบการณ์การรักษามะเร็งผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน	47
7	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคเนื่องจากการตกเลือด	49
8	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์	50
9	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	51
10	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด	52
11	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายเนื่องจาก การคาสายยางจากกระเพาะอาหาร (N.G. tube)	53
12	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปวดแผลและปวดบวม	54
13	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	55
14	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	56
15	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะในมาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	57

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
16	อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	58
17	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด	60
18	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์	61
19	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการ ข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด	63
20	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด	64
21	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการค้ำยียงจากกระเพาะอาหาร (N.G. Tube)	65
22	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวม (Pneumonia)	66
23	ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	67

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
24	ค่ามัถยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 69
25	ค่ามัถยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ 70
26	ค่ามัถยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใน มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 71
27	จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการจำแนกตามวุฒิการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงานและ ประสบการณ์การทำงาน 95
28	จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด 96
29	จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในมาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ 97
30	จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการ ข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด 98
31	จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด 99

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
32 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคายยางจากกระเพาะอาหาร (N.G. Tube)	100
33 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม	101
34 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	102
35 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	103
36 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ	104
37 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงใน มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	105
38 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริงของ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด	106
39 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริงของ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์	107
40 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริงของ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด	107

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
41 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า “ไม่ได้ผล” ในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคายขางจากกระเพาะอาหาร	108
42 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า “ไม่ได้ผล” ในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม	108
43 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า “ไม่ได้ผล” ในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	109
44 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า “ไม่ได้ผล” ในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	109
45 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า “ไม่ได้ผล” ในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ	110
46 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า “ไม่ได้ผล” ในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	110

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้เพื่อลดบริเวณที่ผลิตกรดไขมัน	24
2	แสดงสัณยกรรมวิธีต่าง ๆ ในการรักษาโรคแผลเปื่อย	25



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการโดยบุคลากรระดับวิชาชีพนั้นเป็นที่ยอมรับว่าต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพสูงสุด ซึ่งผู้ให้บริการระดับวิชาชีพจำเป็นต้องพยายามค้นหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการของตนอยู่เสมอโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาที่มีความรับผิดชอบโดยตรงในการบริการด้านสุขภาพอนามัยเพราะกิจกรรมการพยาบาลนั้น ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Lane, 1975: 1319-1321) ฉะนั้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมนุษย์ซึ่งมีชีวิตจิตใจและเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของโลกจึงต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างดีที่สุดเท่าที่พยาบาลจะปฏิบัติได้หรือเท่าที่วิชาชีพสามารถที่จะให้แกสังคมได้ นอกจากนั้นจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ในโลยี่ต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้น อีกทั้งประชากรมีความเข้าใจและนิยมบริการด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพในสังคมจึงมีความสำคัญมากขึ้นตามลำดับ

เวอร์จิเนีย แฮนเดอร์สัน (Handerson, 1966: 15) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลว่าจะต้องให้ความช่วยเหลือบุคคลทั้งในภาวะเจ็บป่วยและปกติโดยการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้อุ้มนั้นมีสุขภาพดีหรือหายจากโรคเร็วขึ้นหรือตายอย่างสงบ รวมทั้งการเพิ่มพูนให้อุ้ป่วยเหล่านั้นมีกำลังใจมีความรู้และความสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยจะต้องสนองความต้องการของผู้มารับบริการแต่ละบุคคลให้ได้รับการดูแลสุขภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค มีการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้น การให้บริการพยาบาลจึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดต่อสังคม การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ควรทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติพยาบาลให้ถูกต้องทันสมัยสอดคล้องกับ ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี ตลอดจนสอดคล้องกับความต้องการของสังคมรวมทั้งพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถภาพพร้อมที่จะให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ

อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานโดยทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลแต่ละคนจะกำหนดเกณฑ์ขึ้นมาเองว่า การปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรจึงจะมีคุณภาพ แต่การปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลแต่ละคนตั้งเกณฑ์ตัดสินใจเองนั้น ไม่สามารถบอกได้ว่าการพยาบาลนั้นมีคุณภาพ ทั้งนี้เพราะไม่มีหลักฐานใด ๆ แสดงต่อผู้รับบริการ ต่อผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชาว่าตนได้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพแล้วทั้งนี้

เนื่องจากคำว่า "คุณภาพ" เป็นคำที่เป็นนามธรรมสูง การตัดสินคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ของผู้ตัดสิน ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเพื่อเป็นการประกันคุณภาพของการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้น (ชูลีพร เชวณเมธากิจ, 2525: 25)

มาตรฐานการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งในการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล เพราะมาตรฐานการพยาบาลจะช่วยเป็นเป้าหมายของการปฏิบัติงานพยาบาลให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามต้องการ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการพยาบาลให้เป็นไปตามนโยบายของสถาบัน หรือชุมชนรวมทั้งเป็นหลักในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและยังใช้เป็นเครื่องมือในการนิเทศและประเมินผลการพยาบาลนอกจากนั้นยังใช้เป็นเกณฑ์ สำหรับปรับปรุงคุณภาพในการพยาบาลอีกด้วย และสิ่งสำคัญมาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งช่วยประกันคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้มารับบริการได้ว่า เขาได้รับการพยาบาลที่ดีที่สุด (ฟาริดา อินราอิม, 2525: 253)

ในกลุ่มประชากรที่มารับบริการด้านสุขภาพอนามัยนั้นโรคแผลเปปติค นับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขโรคหนึ่ง ซึ่งในปัจจุบันคาดว่าประมาณร้อยละ 10 ของประชากรของประเทศเคยเป็นแผลเปปติค (สมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, 2521: 1) และจากสถิติของกองสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคแผลเปปติคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนถึงร้อยละ 2.4 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (กองสถิติสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง, 2526: 199)

ผู้ป่วยโรคแผลเปปติคเป็นแผลที่เกิดขึ้นที่เยื่อบุทางเดินอาหารเฉพาะส่วนที่สัมผัสกับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารซึ่งมีสภาพเป็นกรด (อุกฤษดิ์ เป็ล่งวานิช และ อรพรรณ ชินภัค, 2526: 68) และในแผลเปปติคชนิด Stress ulcer จะมีอัตราการตายสูงถึง 23% - 70% (วิรัช ศิลปพันธ์, 2524: 43) เนื่องจากแผลชนิดนี้มักเกิดกับผู้ป่วย ซึ่งเจ็บหนัก ผู้ป่วยถูกไฟไหม้หรือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ส่วนแผลเปปติคชนิดเรื้อรัง (Chronic peptic ulcer) ได้แก่แผลกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer) และแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล (Duodenal ulcer) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีความเคร่งเครียดในการทำงาน มีความวิตกกังวล มีฐานะยากจน สุขภาพไม่สมบูรณ์ ขาดอาหาร ซึ่งในแผลเปปติคชนิดเรื้อรังนี้ ผู้ป่วยมักจะเป็น ๓ หาย ๓ ต้องกินยาและจำกัดอาหาร ผู้ป่วยต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาลบ่อย ๓ ทำให้รัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาในอัตราที่สูง

การรักษาโรคแผลเปปติค มี 2 วิธีคือ การรักษาทางยาและการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอันตรายเกิดขึ้น เช่น แผลเปปติคทะลุ ทูรนต์พัสลอริตอดตัน หรือมีเลือดออกจากแผลเปปติคเป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจจะอยู่ในภาวะช็อคหรือการเสียเลือด เสียน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ สภาพร่างกายทั่วไปอ่อนแอ เมื่อพิจารณาถึงการผ่าตัดถือเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงมากมายและมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งผลของการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และยาหย่อนกล้ามเนื้อ

จะทำให้ปฏิกิริยา การป้องกันอันตรายของร่างกายถูกกดไปด้วย ประกอบกับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดจะได้รับการใส่สายยางทางจมูกถึงกระเพาะอาหารเพื่อดูดของเหลวออกจากกระเพาะอาหารเป็นเวลานานกว่าปกติ ทำให้ต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดนานกว่าผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดอาจมีอันตรายถึงร้อยละ 1-3 (เกรียงไกร อัครวงศ์, 2523:59) และอาจสูงถึงร้อยละ 3-5 ได้ (Ralphs, 1982:1861)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนนั้น มีเป้าหมายสำคัญ คือส่งเสริมให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดการกลับเป็นซ้ำและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลและประคับประคองผู้ป่วยให้พ้นจากอันตรายในระยะอาการรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ฉะนั้น ในการให้การพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคแผลเปปติคที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนนั้นมักมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเกิดขึ้นเสมอ เช่น การตกเลือดหลังผ่าตัด ภาวะท้องอืดเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และมีจำนวนไม่น้อยที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งด้วยภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และการพยาบาลเท่าที่ปฏิบัติกันมาได้อาศัยเทคนิคซึ่งได้รับการสอนจากสถาบันการศึกษาและทักษะที่พัฒนาจากประสบการณ์การทำงานซึ่งสืบทอดเนื่องกันมาจากผู้ที่มีประสบการณ์ หากแต่ไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ไว้อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจทำให้ได้รับการพยาบาลไม่ครบถ้วน

ด้วยเหตุดังกล่าว จึงเป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วน ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า มาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นจะช่วยให้พยาบาลทุกคนมีเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตรงกันและสามารถค้นพบปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด รวมทั้งยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สามารถกลับไปดำรงชีวิตและทำประโยชน์ให้สังคมและประเทศชาติต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วน

2. สํารวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร
ออกบางส่วน ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน โดยครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยระบุถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและผลของการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านบริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานตลอดจนใช้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน
2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและนักศึกษพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน
3. ด้านบริหาร เพื่อให้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลตลอดจนเป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

นิยามตัวแปร

มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน มาตรฐานการพยาบาลนี้สร้างขึ้นโดยอาศัยเทคนิคเดลฟายซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

มาตรฐานเชิงกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ หมายถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการที่สร้างขึ้น ซึ่งทราบได้จากอาการ อาการแสดง คำบอกเล่าของผู้ป่วยตลอดจนข้อมูลจากการบันทึกรายงาน และผลการตรวจสอบของห้องปฏิบัติการ



วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน มีวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ดังนี้

การพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาล

เทคนิคเคลฟาย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

การพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาล

การพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มุ่งดูแลบุคคลทุกคนได้แก่การดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลจะต้อง ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Lance, 1975:219-321) นอกจากนี้ สมาพันธ์พยาบาลนานาชาติ (ICN) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่า การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือผู้มารับบริการให้รู้จักวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ทั้งปัญหาข้อบกพร่อง ปัญหาเด่นชัดและให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือหากจะมีความนิยามการเกิดขึ้นจากการมีสุขภาพที่บกพร่อง ก็ยังสามารถดำรงชีวิตได้เกือบเหมือนปกติ (รัตน คำบุญเรือง, 2522:207)

จากแนวความคิดของการพยาบาลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานที่ต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนให้ได้รับการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันมิให้เกิดปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีความสุข

การพยาบาลเป็นลักษณะของการบริการ ซึ่งกระทำโดยตรงต่อชีวิตของประชาชน พยาบาลจะต้องให้บริการที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง เป็นที่พอใจและเชื่อถือไว้วางใจของสังคมผู้รับบริการ ต่อการพยาบาล หน่วยงานและสถานบริการ การพยาบาลจึงต้องมีคุณภาพในมาตรฐานโดยตรงต่อเนื่องตลอดไป (ละออ หุตางกูร, 2529:8)

เมสัน (Mason, 1978:2) ได้ให้ความหมายของมาตรฐานการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง ข้อความที่กล่าวถึง คุณภาพของการพยาบาลที่มีความเที่ยงตรง (Valid) และชัดเจน (Explicit) โดยข้อความนั้นจะอธิบายถึงสิ่งที่พึงกระทำและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการพยาบาล ซึ่งข้อความนั้น

จะประกอบด้วยเกณฑ์ (Criteria) ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลชนิดนั้นได้และ เมสัน (Mason, 1978:6) ยังได้กล่าวอีกว่า มาตรฐานการพยาบาลที่ดีจะต้องสร้างขึ้น โดยพยาบาล ผู้รับผิดชอบการพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งหน่วยงานที่สูงขึ้น เช่นแผนกการพยาบาลในโรงพยาบาลและ องค์การในวิชาชีพพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาล การสร้างมาตรฐานการพยาบาลควรเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร มิใช่ เป็นมาตรฐานที่ผู้ปฏิบัติแต่ละคน กำหนดขึ้นเองตามความสำคัญในหน้าที่ที่มีต่อวิชาชีพ หรือตามค่านิยมที่ปฏิบัติกันมาในแต่ละหน่วยงาน เพราะย่อมขาดความเที่ยงตรงและชัดเจนที่จะนำไปเป็นเกณฑ์ได้

นักวิชาการพยาบาลหลายท่านได้ แบ่งมาตรฐานการพยาบาลออกเป็น 3 ประเภทคือ (Nicholl & Wessells, 1977:34-35; Stevens, 1976:113-124; Carter, 1976:3)

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นมาตรฐานที่บอกถึง ระบบของการบริการพยาบาล ได้แก่ ปรัชญา จุดประสงค์ของสถาบันหรือหน่วยงานนั้น รวมทั้ง นโยบายในการปฏิบัติงาน การจัดองค์การ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ แหล่งความรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสิ้น
2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) เป็นมาตรฐานที่มุ่งวิธิตำเนินการ ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด และมีจุดประสงค์ที่แสดงไว้อย่างชัดเจน แต่ละขั้นตอนเน้นที่ผู้ให้บริการ คือพยาบาลเป็นหลัก ตลอดจนสามารถตรวจสอบความเที่ยงตรงได้ มาตรฐานเชิงกระบวนการนี้ มีประโยชน์ในการประเมินคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลเพราะมี เกณฑ์ที่ชัดเจน สำหรับพิจารณาหรือตัดสินการปฏิบัตินั้น ๆ ในแต่ละขั้นตอน ถ้าการปฏิบัติขั้นตอนใดยังไม่ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ พยาบาลผู้ปฏิบัติก็สามารถที่จะปรับปรุงจุดอ่อนของตนให้เข้ากับ เกณฑ์นั้น ๆ และมาตรฐานเชิงกระบวนการ จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเป็นสำคัญ

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนด การปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล ผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการ ควรออกมาในทางบวก เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น หรือผู้รับบริการได้รับผลดีในการป้องกันโรค เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สตีเวนส์ (พาริตา อิบราฮิม, 2525:259) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการ กำหนดมาตรฐานการพยาบาลว่า ควรใช้มาตรฐานในเชิงกระบวนการมากกว่า มาตรฐานเชิง โครงสร้าง หรือตามมาตรฐานเชิงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะลักษณะทาง โครงสร้างจะบอกสภาพ ซึ่งดูเหมือนว่า ให้การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สามารถให้ความมั่นใจได้ว่า การพยาบาลที่ดีจะ เกิดขึ้นตามที่คาดหวัง ถ้ากำหนดมาตรฐานเชิงผลอย่างเดียว ผลที่ได้อาจไม่แน่นอน สรุปไม่ได้ว่า มาจากกระบวนการพยาบาลอย่างเดียว ดังนั้น จึงควรสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ ควบคู่กันไป กับการสร้างมาตรฐานเชิงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524:66)

เมื่อพิจารณาถึงมาตรฐานเชิงกระบวนการ และเชิงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การกำหนดหัวข้อมาตรฐาน 2 ประการนี้ สามารถทำได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความต้องการของหน่วยงานที่จะนำไปปฏิบัติ เช่น อาจสร้างมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) ที่มีวัตถุประสงค์แสดงไว้ชัดเจน หรือมาตรฐานการพยาบาลตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองซึ่งขั้นตอนของการสร้างมาตรฐานแต่ละแบบ อาจแตกต่างกัน ในรายละเอียดแต่หลักการสำคัญจะคล้ายคลึงกัน (ซูลิฟร เชาว์เมธากิจ, 2525: 29-30) โดยมาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้น ย่อมมีจุดประสงค์ และแผนการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหลัก 3 ประการ (Nicholls & Wessells, 1977: 90-91) คือ

1. ข้อความของมาตรฐานการพยาบาลต้องมีความชัดเจน (Clerity) เข้าใจง่าย บุคลากรทุกระดับ สามารถเข้าใจได้ตรงกัน
2. มาตรฐานการพยาบาล ที่กำหนดขึ้นต้องสามารถปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จได้ (achievability) คือมาตรฐานต้องอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วย พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้
3. มาตรฐานการพยาบาล ที่สร้างขึ้นจะต้องมีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (Measurability) โดยมีวิธีการที่จะปฏิบัติและระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น

ซูลิฟร และ เมสัน (ซูลิฟร เชาว์เมธากิจ, 2525: 40-42. Mason 1975: 7) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของมาตรฐานการพยาบาลไว้ ดังนี้

1. มาตรฐานพยาบาล จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบระเบียบ มีการนำหลักการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้จักที่จะรวบรวมข้อมูล ปรับปรุงแก้ไข มีเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องเมื่อเผชิญปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่เสริมความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล
2. มาตรฐานการพยาบาล สามารถใช้เป็นเกณฑ์ ในการประเมินคุณภาพของการพยาบาล เพราะการปฏิบัติการพยาบาลยากแก่การประเมิน ถ้าไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนแล้ว พยาบาลจะพิจารณาหรือตัดสินใจ การกระทำของผู้อื่นจากเกณฑ์ของตนเองโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้ניתเทศจะสามารถใช้มาตรฐานการพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาล โดยมุ่งที่กระบวนการพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ และสามารถปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องให้มีคุณภาพขึ้น
3. มาตรฐานการพยาบาล จะเป็นเครื่องมือช่วยพยาบาล ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง โดยใช้เกณฑ์ที่สร้างไว้เป็นตัวคุณภาพการปฏิบัติงานของตนเอง ว่ามีคุณภาพดีหรือควรปรับปรุงการทำงานของตนเองอย่างไร นอกจากนั้นมาตรฐานการพยาบาลยังเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ขวัญในการทำงานของพยาบาลดีขึ้น เพราะเมื่อพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐาน

ที่กำหนดไว้ได้นั้น ย่อมหมายความว่าตนเองปฏิบัติงานได้ดีที่สุดแล้ว

4. มาตรฐานการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการจัดปฐมนิเทศ และอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานนั้น ๆ ตลอดจนยังเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการปฏิบัติงานในขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในหน่วยงานนั้น ๆ

5. มาตรฐานการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนด้านบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานต่าง ๆ โดยเปรียบเทียบคุณภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ตั้งไว้ซึ่งจะสามารถบอกได้ว่าในหน่วยงานนั้น ๆ ต้องการบุคลากรระดับใด มากน้อยเพียงใด โดยที่ผลงานยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

6. มาตรฐานการพยาบาล จะเป็นสื่อกลางระหว่างพยาบาลกับบุคคลอื่น ๆ ในทีมสหภาพ เพราะมีเกณฑ์ที่เข้าใจและสื่อสารได้ตรงกัน ทำให้ทุกคนรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเองทำให้สามารถปรับปรุงการทำงานของทีมงานได้

7. มาตรฐานการพยาบาลช่วยให้สามารถ จำแนกขอบเขตของการทำวิจัย ทางการพยาบาลได้ หรือผลการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ ถ้าผลที่ได้ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ก็สามารถนำไปศึกษาวิจัยต่อไปได้ว่า เป็นเพราะเหตุใดและนำคำตอบมาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้

8. ประการสุดท้ายและสำคัญมากคือ มาตรฐานการพยาบาลจะเป็นสิ่งที่ช่วย ประกันคุณภาพการพยาบาล แก่ผู้รับบริการว่าเขาได้รับการบริการ การพยาบาลที่ดีที่สุด ตามสิทธิมนุษยชนของเขา รวมทั้งเป็นการประกันได้ว่า ผู้รับบริการมีส่วนในการดูแลเกี่ยวกับตัวของเขาเองด้วย

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า มาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ซึ่งพยาบาลทุกคนควรมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้นและต้องยึดเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้นิเทศ มาตรฐานการพยาบาลนั้น จึงจะมีผลทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลมีหลายระดับ เช่น ระดับชาติ ระดับสถาบัน และระดับหน่วยงาน หรือระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการลงมือปฏิบัติพยาบาล การสร้างมาตรฐานการพยาบาลนั้น อาจสร้างขึ้นจากงานวิจัย ตำรา วารสาร หรือประสบการณ์การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะจากแหล่งข้อมูลที่ได้จาก ตำราและวารสารที่เขียนโดยผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะด้าน ซึ่งข้อความเหล่านั้น อาจเป็นความคิดเห็นส่วนตัว ดังนั้นการสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่ดี และมีความหมายสมบูรณ์สำหรับการนำไปปฏิบัตินั้น จะต้องตระหนักถึงองค์ประกอบหลายประการ ที่มีผลต่อมาตรฐานการพยาบาล เพื่อนำมาพิจารณาประกอบการสร้างมาตรฐานการพยาบาล องค์ประกอบนี้ได้แก่ (ชูลีพร เชาวน์เมธากิจ. 2525: 26-29)

1. องค์ประกอบทางสังคมต้องศึกษาถึงความต้องการของสังคม เพื่อให้รู้แน่ชัดปัญหาสุขภาพอนามัยของสังคมมีอะไรบ้าง สังคมต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัยในลักษณะเช่นใด

เช่น พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยไม่ดี ยังขาดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง มาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นจะต้องสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นและควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการบริการการพยาบาลด้วย โดยมาตรฐานการพยาบาลนั้นจะบรรลุด้วยค่าใช้จ่ายในระดับต่ำ

2. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น อายุ วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันและความคาดหวังเกี่ยวกับบริการ การพยาบาลที่จะได้รับแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมเท่าเทียมกัน ดังนั้นมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยด้วย

3. องค์ประกอบด้านสถาบัน ในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้นนั้น จะต้องพิจารณาเป้าหมายที่แท้จริงของสถาบันก่อนว่าได้คาดหวังมาตรฐานการพยาบาลในระดับใด เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีเป้าหมายในด้านการศึกษามากกว่าการให้บริการชุมชน ซึ่งอาจมีผลทำให้ความต้องการด้านจิตใจ และสังคมตลอดจนการยอมรับในสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วยถูกมองข้ามไป ฉะนั้นการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ควรระมัดระวังไม่ให้อยู่ในระดับต่ำเกินไป นอกจากนั้นเศรษฐกิจของสถาบันที่สนับสนุนการดำเนินการด้านบริการก็เป็นสิ่งสำคัญ ในการกำหนดมาตรฐานให้สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม มาตรฐานการพยาบาลจะดีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อยุทธศาสตร์มีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของตน

4. องค์ประกอบในแผนก หรือฝ่ายการพยาบาล การสร้างมาตรฐานการพยาบาลนั้นจะต้องศึกษาเป้าหมายของแผนกหรือฝ่ายการพยาบาลด้วยว่า มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพของการพยาบาลในระดับใด มีการกำหนดปรัชญา และวัตถุประสงค์ ที่จะช่วยรักษามาตรฐานการพยาบาลและสนับสนุนให้มีการพัฒนา มาตรฐานการพยาบาลหรือไม่ ตลอดจนการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร พยาบาลนั้น กิจกรรมการพยาบาลอยู่ในลักษณะใดรวมทั้งหัวหน้าพยาบาลซึ่งมีอำนาจและบทบาทสำคัญ ในการรักษามาตรฐานการพยาบาลในสถาบันนั้น เป็นบุคคลที่มาจากสมาชิกของวิชาชีพโดยตรงหรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีความสำคัญในการสร้าง มาตรฐานการพยาบาลที่ดีหรือไม่

5. องค์ประกอบจากผู้ร่วมทีมสุขภาพ ในการทำงานร่วมกับสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพนั้น พยาบาลต้องรักษาทบทวนและหน้าที่ของตนเอง โดยการร่วมกันกำหนดมาตรฐาน สำหรับพยาบาลขึ้น โดยพยาบาลจะต้องรู้ว่าบทบาทของตนนั้นคือการให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรง มีชั่วโมงซึ่งเป็น การตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของแพทย์หรือปฏิบัติงานซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เพราะ ถ้าพยาบาลไม่ได้ทำงานในหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนแล้ว ผลการพยาบาลก็จะไม่สมบูรณ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพของวิชาชีพด้วย

6. องค์ประกอบที่ตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติเอง พื้นฐาน ความรู้ ทักษะ เจตคติของพยาบาล แต่ละคน หลักสูตรที่แตกต่างกัน เป้าหมายส่วนตัว เหตุผลในการเลือกวิชาชีพ สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลทำ

ให้มาตรฐานการพยาบาล ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลทุกคนควรกำหนดให้มาตรฐานการพยาบาลส่วนตัวขึ้น จะเป็นผลทำให้มาตรฐานการพยาบาลส่วนรวมดีขึ้นด้วย

วิธีการสร้างมาตรฐาน

ดังได้กล่าวมาแล้วว่ามาตรฐานการพยาบาลที่ดีนั้นจะต้องมีความเที่ยงตรง (valid) ชัดเจน (explicit) มีความเป็นไปได้ (achievable) และสามารถวัดประเมิน (measurable) ได้ นั่นเป็นเกณฑ์ที่สำคัญ ซึ่งพยาบาลทุกคนและทุกหน่วยงานควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างหรือกำหนด เกณฑ์ มาตรฐานการพยาบาลเพื่อใช้เป็นเครื่องตัดสินและควบคุมคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง โดยองค์กรวิชาชีพการพยาบาลและหน่วยงานในระดับสูงของสถาบัน เช่น สมาคมพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข หรือแผนกการพยาบาลของโรงพยาบาลทุกแห่ง ควรมีหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานที่กว้างและบอกแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตที่กว้าง ส่วนหน่วยงานในระดับที่มีการปฏิบัติการพยาบาลหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น ระดับหอผู้ป่วย ควรมีหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในหน่วยนั้น ให้ครอบคลุมกิจกรรมทุกอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่จะรวมถึงการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ เชิงผลลัพธ์ หรือเชิงเนื้อหาในตนเอง การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่มีแนวทางในการสร้าง 2 วิธีคือ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529:43-46)

1. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
2. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน

1. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาขั้นตอนของกระบวนการการพยาบาลซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาย่อยที่มีระบบให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากที่สุดในการให้การพยาบาล และแนวทางของการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีระบบนี้ ได้อื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพของการให้บริการที่ดีและเป็นระบบยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในระดับนโยบาย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงซึ่งเรียกว่า ANA Standards of Nursing Practice มีทั้งหมด 8 มาตรฐาน โดยกำหนดเป็นนโยบายในการนำกระบวนการพยาบาล

ทั้ง 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ไปใช้ในการให้บริการพยาบาลทุกหน่วยงาน จากแนวทางการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างหรือกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตามแนวคิดของนิโคลส์ (Nicholls & Wessell, 1977:90) ดังนี้คือ

1. วิจารณ์ปัญหาหรือวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง หรือ สถานการณ์หนึ่ง โดยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
2. วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมตามวินิจฉัยการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าประสงค์ จุดประสงค์ (เกณฑ์การประเมินผล) และกิจกรรมการพยาบาล
3. กำหนดข้อมาตรฐานการพยาบาลจากเป้าประสงค์ของการวินิจฉัยการพยาบาล
4. สร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการจากแผนของกิจกรรมการพยาบาลโดยเพิ่มเติมรายละเอียดทุกขั้นตอนให้สมบูรณ์
5. สร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์จากจุดประสงค์หรือเกณฑ์การประเมินผลเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยกำหนดข้อความในเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างกว้างและวัดประเมินได้

2. วิธีสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของ เมสัน

เมสันได้เสนอแนวทางการสร้างมาตรฐานการพยาบาลออกเป็น 3 ลักษณะ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ และมาตรฐานเชิงเนื้อหา และยังได้แบ่งออกตามหน่วยของการพยาบาลออกเป็น 4 หน่วยได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลตามการวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ตามวิธีการปฏิบัติพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง (Nursing Intervention) ตามการวินิจฉัยของแพทย์ (Medical diagnosis) และมโนทัศน์ทางการพยาบาล (concept) โดยเมสันได้กำหนดขั้นตอนการเขียนมาตรฐานสำหรับการพยาบาลไว้เป็น 7-8 ขั้นตอน โดยมี ความแตกต่างกันระหว่างการเขียนมาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์เล็กน้อย ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์

หลักการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ (7 ขั้นตอน)	หลักการสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (8 ขั้นตอน)
1. ให้คำจำกัดความของวิธีการปฏิบัติการณ์ว่าคืออะไร 2. แยกแยะวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการณ์พยาบาลนั้น 3. แยกแยะกิจกรรมการพยาบาล (actions) ที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกขั้นตอน 4. ชี้เฉพาะเจาะจงว่าแต่ละกิจกรรมนั้นต้องทำเมื่อใด บ่อยเพียงใด ระยะที่ทำนานเพียงใด 5. เรียงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมที่ทำอย่างถูกต้องให้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ 6. กำจัดข้อสับสนหรือเหตุผลของการปฏิบัติออกไปจากข้อความของมาตรฐานเชิงกระบวนการ 7. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น	1. ให้คำจำกัดความวิธีการปฏิบัติการณ์พยาบาลนั้นว่าคืออะไร 2. แยกแยะวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการณ์การพยาบาลนั้น 3. แยกแยะผลลัพธ์ทางบวก (Positive outcome) ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ 4. แยกแยะผลลัพธ์ทางลบ (Negative outcome) ที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น 5. กำหนดเวลาอย่างเฉพาะเจาะจงที่คาดว่าผลลัพธ์แต่ละอย่างจะเกิดขึ้นเมื่อใด 6. อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าวัดได้อย่างไร 7. รวบรวมมาตรฐานเชิงผลลัพธ์อย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง 8. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น

การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล

การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล อาจทำได้หลายวิธีดังเช่นแมสันได้เสนอแนะวิธีการทดสอบความเที่ยงตรงไว้ดังนี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529: 58-60)

1. ทาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยการหาแหล่งผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 แหล่งด้วยกัน แหล่งผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ทรงคุณวุฒินั้น อาจเป็นพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลนั้น และเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจะต้องตอบคำถามต่อไปนี้คือ

1.1 มาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงเนื้อหาเหล่านี้ อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่สัมพันธ์กับหัวข้อเรื่องหรือหน่วยของการพยาบาลนั้นหรือไม่

1.2 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้นเป็นสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นถ้ากิจกรรมการพยาบาลได้ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพใช่หรือไม่

1.3 มาตรฐานเหล่านี้ครอบคลุมทุกประเด็นหรือไม่ หรือยังมีสิ่งใดขาดหายไปหรือไม่

2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วย แสดงว่าความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหาของมาตรฐานนี้ได้รับการยอมรับ

มาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในหัวข้อเรื่องหรือการปฏิบัติพยาบาลเดียวกันจะต้องมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงประเด็นนี้ ผู้สร้างมาตรฐานจะต้องตอบคำถามให้ได้ว่า เมื่อมาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงเนื้อหานั้น ถูกนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เกิดผลลัพธ์ทางบวกกับผู้ป่วยจริงหรือไม่

วิธีการหาความเที่ยงตรงในประเด็นนี้ ทำได้โดยการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติจริงแล้ว ทดสอบดูว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์หรือไม่ ได้แก่

1. การรวบรวมข้อมูล ทำได้โดยสร้างแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย หัวข้อมาตรฐาน วัตถุประสงค์ รายการข้อมาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีช่อง "ใช่" (ได้ปฏิบัติ) กับ "ไม่ใช่" (ไม่ได้ปฏิบัติ) สำหรับทำเครื่องหมายกำกับเมื่อทำการสังเกตจากการปฏิบัติของพยาบาลอย่างน้อย 10 ครั้งต่อมาตรฐานเรื่องหนึ่ง เทคนิคการรวบรวมข้อมูลอาจทำได้ 2 วิธีคือ

วิธีที่หนึ่ง ผู้วิจัยไปสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนั้น ๆ จากหลายคนหรือหลายแห่งอย่างน้อย 10 ครั้ง เพื่อนำไปหาความสัมพันธ์ต่อไป

วิธีที่สอง ผู้วิจัยอาจขอร้องให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนั้นทำกิจกรรมทุกอย่างตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ แล้วประเมินว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ทำดังนี้

2.1 ในแต่ละมาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงผลลัพธ์ ควรถือเกณฑ์ 9 ครั้งขึ้นไปจากการสังเกต 10 ครั้งหรือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ว่าได้ปฏิบัติหรือเกิดขึ้นจริงจึงจะถือว่าเป็นมาตรฐานที่เที่ยงตรง

2.2 นำมาตรฐานที่มีการปฏิบัติเกิดขึ้นจริง ร้อยละ 90 ขึ้นไป มาหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ถ้าพบว่าเมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการแล้วเกิดผลดีหรือเกิดผลลัพธ์ทางบวกทุกครั้ง แสดงว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์นั้นมีความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานต่อไปได้

ถ้าพบว่าเมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการแล้วเกิดผลเสียหรือผลลัพธ์ทางลบขึ้น แสดงว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นยังไม่เที่ยงตรง ควรปรับปรุงแก้ไข หรือนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ หรือแหล่งวิชาการใหม่อีก แล้วจึงนำไปทดสอบจนกว่าจะเกิดผลทางบวกทุกครั้ง

อย่างไรก็ดี ยังมีวิธีอื่นที่นำมาใช้ในการหาความเที่ยงตรงของการสร้างมาตรฐานการพยาบาลอีก แต่วิธีหนึ่งที่นิยมกันอย่างแพร่หลายได้แก่ การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

เทคนิค เดลฟาย เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ สำหรับใช้เสาะแสวงหาข้อสรุปความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องในเรื่องหนึ่ง โดย โอลาฟ เฮลเมอร์ (Oluf Helmer) และคณะผู้เชี่ยวชาญบริษัท แรนต์ คอร์ปอเรชั่น (Rand and Corporation) ได้คิดและพัฒนาขึ้นใน ค.ศ.1952 (Miller & Knapp, 1979: 11) เพื่อนำไปใช้รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แต่เทคนิคนี้ถูกปกปิดเป็นความลับมาตลอด เพราะเป็นเทคนิคที่ทางกองทัพอเมริกาใช้ในการศึกษาและวิจัยสิ่งต่าง ๆ และถูกเปิดเผยเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1962 โดย เดลฟาย (เกษม บุญอ่อน, 2522: 26)

เทคนิค เดลฟาย เป็นวิธีการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางสังคม หรือศึกษาวิจัยโดยใช้ข้อมูลจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการวิจัย โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้มีประสบการณ์สูงในเรื่องนั้น ๆ เป็นผู้พิจารณาตัดสิน หรือให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือที่นำไปใช้และวิธีทางสถิติวิเคราะห์ผลที่ได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (สุภาพ วาดเขียน, 2525: 38-42) จากการที่เทคนิคเดลฟายต้องอาศัยการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งอาจเป็นนักการศึกษา นักปฏิบัติการ หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะเรื่อง ซึ่งข้อความที่ตอบอาจเป็นความคิดเห็น ประมาณาการ

ทำนายเหตุการณ์ในอนาคต หรือการแก้ปัญหาตามหัวข้อที่กำหนดขึ้น ดังนั้นการเลือกผู้เชี่ยวชาญจึงมีความสำคัญสำหรับเทคนิคเดลฟาย เพราะผลการวิจัยจะออกมาดีหรือถูกต้องเพียงใดก็อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้มีทักษะหรือเคยลงมือปฏิบัติงานใด ๆ จนได้ผลที่ประจักษ์ชัด หรือเป็นผู้ที่มีทักษะเชิงวิทยาศาสตร์ในวิชาชีพ ได้รับการรับรองว่า ปฏิบัติการในวิชาชีพจนได้รับผลสำเร็จเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝน มีความรู้ ความชำนาญเป็นเลิศในสาขาวิชานั้น ๆ หรือเป็นผู้ที่มีความรู้ เป็นพิเศษในสาขาที่เขาสนใจ

จากหลักการของเดลฟายต้องอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ความเห็นที่แน่นอนยิ่งขึ้น จึงต้องมีการถามย้ำความเห็นหลายรอบโดยทั่วไปมักจะถาม 4 รอบ คือ

รอบที่ 1 เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญให้มากที่สุด

รอบที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาต่าง ๆ ที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญโดยตัดเอาสิ่งที่ซ้ำซ้อนและไม่ตรงประเด็นออกไป แล้วสร้างข้อความขึ้นใหม่ ใส่มาตรฐานประมาณค่าตามแบบ ไลเกรต (Likert) และส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับมาใหม่

รอบที่ 3 เมื่อได้รับแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญคืนกลับมาแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ของแต่ละประโยคแต่ละข้อแล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ ซึ่งมีประโยคเดิมแต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ และตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญคนนั้น ๆ ตอบเพื่อส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นพิจารณาให้ความเห็นและตอบกลับมาอีกครั้งหนึ่ง

รอบที่ 4 เช่นเดียวกับรอบที่ 3 เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจากผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยจะนำมาหาค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ต่อไป

วิธีการทำงานของเดลฟายใช้เวลาในการทำงาน เป็นช่วงยาวในการให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินเครื่องมือ ซึ่งมีการตอบซ้ำหลายครั้ง เพื่อให้แสดงความมั่นใจยิ่งขึ้น และสิ่งที่สำคัญที่สุดในการใช้เทคนิคการวิจัยแบบนี้ คือการเลือกสรรผู้เชี่ยวชาญทั้งนี้เพราะการวิจัยจะออกมาดีถูกต้องเพียงใดนั้นก็อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม ตามเทคนิคเดลฟายนี้ ควรมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปทั้งนี้เพราะอัตราความคลาดเคลื่อนจะลดน้อยลง ดังรายงาน ผลการวิจัยของแมคมิลแลน (Thomas. T. Macmillan) ในปีพ.ศ.2515 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	การลดลงของความคลาดเคลื่อน	ความคลาดเคลื่อนลดลง
1-5	0.20-0.70	0.50
5-9	0.70-0.58	0.12
9-13	0.58-0.54	0.04
13-17	0.54-0.50	0.04
17-21	0.50-0.48	0.02
21-25	0.48-0.46	0.02
25-29	0.46-0.44	0.02

ที่มา: เกษม บุญอ่อน, 2522:28

เทคนิคเดลฟาย จำเป็นต้องใช้ความเห็นของกลุ่มซึ่งมาจาก ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ และเป็นของผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ไม่มีความคิดเห็นของผู้อื่นปะปน เทคนิคเดลฟายนี้มีข้อจำกัดด้วยเหตุผลต่อไปนี้ คือ

ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

1. ผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องมาประชุมกัน จึงไม่มีอิทธิพลต่อกันในแต่ละข้อความและความคิดเห็น ในแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญใช้เวลาในการตอบเท่ากัน และได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกัน
2. ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถทบทวนคำตอบและเปรียบเทียบความคิดเห็นของตน กับผู้เชี่ยวชาญคนอื่นทั้งหมดได้
3. การตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ครั้งนี้จะทำให้ข้อความที่ชัดเจนและกระชับรัด
4. ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์มากที่สุด เพราะจะเป็นตัวแทนรูปหนึ่งของความรู้ที่สะสมกันมาที่จะหาไม่ได้โดยวิธีอื่น ๆ

ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย

1. เทคนิคเดลฟายจะเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลามาก
2. ผู้เชี่ยวชาญจะต้องได้รับการทบทวนติดต่อมาก่อน บางคนอาจปฏิเสธหรือไม่อยากตอบ
3. ผลคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละครั้งต้องได้รับการตรวจสอบให้คะแนน เพื่อใช้ในครั้งที่ 2 และครั้งต่อ ๆ ไป ทำให้เสียค่านิพนธ์ ค่าตรวจสอบและค่าแสตมป์เป็นอันมาก
4. ผลของการปฏิบัติขึ้นอยู่กับ ความร่วมมือและความรวดเร็วในการตอบของผู้เชี่ยวชาญ

5. อาจมีอคติเกิดขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งมาจากแหล่งต่าง ๆ กันทำให้เครื่องมือไม่เที่ยงตรง และผลของการตีความหมายในแต่ละราย อาจมีผลต่อบรรทัดฐานต่อไปได้

6. ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ อาจจะไม่เป็นตัวแทนตามที่ เป็นจริงก็ได้

7. ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่จะคัดเลือก ให้ได้บุคคล ที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการด้านนั้น ๆ ได้ตามวัตถุประสงค์

ประเภทของการวิจัยที่อาจใช้เทคนิคเดลฟาย

1. การวิจัยเพื่อคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การตรวจสอบกลวิธีในการปฏิบัติ (Strategy probe) การวิจัยที่มุ่งหวังผลเช่นนี้ แบบสอบถามจะต้องเป็นแบบที่มีข้อเสนอให้เลือกหลาย ๆ ทาง ตลอดจนแนวทางที่จะทำให้โครงการ นั้นประสบความสำเร็จได้ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพของโครงการค่าใช้จ่าย ความเป็นไปได้ เป็นต้น แบบสอบถามประเภทนี้ จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผลในการตอบ

3. การตรวจสอบความนิยม (Preference probe) ในกรณีนี้ผู้วิจัยจะต้องพยายาม ตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในสิ่งที่เห็นว่าควรจะเป็นมากกว่าสิ่งที่จะเป็นจริง

4. การยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ (Perception of a current situation) การศึกษา ประเภทนี้ได้แก่การศึกษาบทบาทที่แตกต่างกัน ของศึกษานิเทศ ในทัศนะของกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวนี้สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการฝึกอบรมศึกษานิเทศได้

เทคนิคเดลฟายกับการวิจัยทางการพยาบาล

การใช้เทคนิคเดลฟายกับการวิจัยทางการพยาบาลนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเทคนิคเดลฟาย สามารถประยุกต์ใช้กับการวิจัยทางการพยาบาลได้ โดยเฉพาะลักษณะของการวิจัยที่ต้องการ ความคิดเห็นสอดคล้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคลที่น่าเชื่อถือจะเป็นการย้ำความคิดเห็นหลายรอบ ในเนื้อหาหรือข้อความในการวิจัยนั้นก็สามารถใช้เทคนิคเดลฟายได้ผลดี จะเห็นได้ว่ามีการใช้เทคนิค เดลฟาย ในการสร้างมาตรฐานในการพยาบาลไว้หลายมาตรฐาน เช่น การสร้างมาตรฐาน การพยาบาลในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บความรุนแรงทั่วร่างกาย (เรณู อาจสาละ, 2528) การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดคอทางปาก (จงจิตต์ คณากุล, 2528) การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร (ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, 2529) การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่สวนคาสาวยปัสสาวะทางท่อปัสสาวะ (ศรีเนพร แฉล้มเขต, 2529) การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (เนภาพร แก้วนิมิตรชัย, 2530) และการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระยะ 72 ชั่วโมงแรกขณะพักอยู่ใน ไอ.ซี.ยู. (บุบผา เศษโพธิ์, 2530) เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก

เทคนิคเดลฟายในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร
ออกบางส่วน ซึ่งการสร้างมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าวนี้ เป็นการตรวจสอบกลวิธีในการปฏิบัติ
การพยาบาล การใช้เทคนิคเดลฟาย จึงเป็นวิธีการที่ช่วยให้ได้รับข้อมูลที่เฝ้าเชื่อถือและตรงตามความ
เป็นจริงได้มากที่สุด ซึ่งจะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร
ออกบางส่วนได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และ
สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมผู้ป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจให้พร้อม
สำหรับการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
โดยผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจน้อยที่สุดเท่าที่ภาวะของเขาจะเอื้ออำนวยได้
(Johnson and Hood, 1976:142) ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเพื่อช่วยให้การทํานานที่ภายใน
ร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในสภาพปกติและกลับสู่สภาวะเดิม โดยเร็วที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยประเภทนั้น ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกาย
และจิตใจ

ดังได้กล่าวแล้วว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ส่วนใหญ่เป็น
การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคแผลเปปติค (GIVEN and SEMMONS, 1984:276) ซึ่งเป็นแผลที่เกิดขึ้นที่
เยื่อทางเดินอาหารเฉพาะส่วนที่สัมผัสกับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารซึ่งมีสภาพเป็นกรด บริเวณ
ดังกล่าวได้แก่ บริเวณหลอดอาหารส่วนล่าง ตัวกระเพาะอาหารลำไส้เล็กส่วนต้นหรือบริเวณที่มีเยื่อ
ชนิดเดียวกันในท้องอื่น ๆ (อุกฤษดิ์ เป่งวานิช และอรพรรณ ชินวัค, 2526:68) ส่วนสาเหตุที่แท้จริง
ยังไม่ทราบชัดเจนทราบแต่เพียงว่าแผลจะเกิดขึ้นในบริเวณทางเดินอาหารที่ต้องสัมผัสกับกรดเสมอ
(บรุนเนอร์ ลิเลียนโซลทิส, 2518:40) โรคแผลเปปติค โดยทั่วไปแบ่งออกได้ดังนี้

1. แผลจากกระเพาะอาหารอักเสบ (Stress ulcers, Haemorrhagic Gastritis)
(วิรัช ศิลปพันธ์, 2524:42; เกรียงไกร อัครวงศ์, ทองดี ชัยพานิช, 2523:251) เป็นลักษณะของแผล
ที่เกิดอย่างเฉียบพลันมักจะเกิดกับผู้ป่วยเจ็บหนัก ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้ออย่างรุนแรง อาจพบใน
ผู้ป่วยถูกไฟไหม้ เรียก Curling's ulcer หรือพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง
เรียก Cushing's ulcer นอกจากนั้นอาจเกิดจากยาบางชนิด เช่น แอสไพริน เป็นต้น แผลชนิดนี้
มักมีปัญหามาจากการตกเลือด ซึ่งอาจจะออกน้อย ๆ จนกระทั่งออกมากและอาจเป็นเลือดสดและ
อาจรุนแรงจนมีการทะลุของกระเพาะอาหารได้ ในปัจจุบันเลือดจะหยุดโดยการรักษาทางยาและ

ความเย็น มีประมาณร้อยละ 10-20 ที่ต้องการ การรักษาด้วยการผ่าตัด (เกรียงไกร อัครวงศ์ ทองดี ชัยพานิช, 2523: 251)

2. แผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล (Duodenal ulcer) มักพบว่าเกิดในคนที่มีปริมาณ การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากกว่าปกติและยังพบว่าจำนวนของ parietal cell mass ในผู้ป่วยเหล่านี้มีมากเป็น 2 เท่าของคนธรรมดา จากประวัติจะพบว่ามีอาการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ มักปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ และมักจะหายไปได้โดยการรับประทานอาหาร หรือดื่มนม และบางครั้ง หายโดยการกินยาลดกรด การรักษาโรคแผลเปปติคในผู้ป่วยแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัลนั้น ส่วนใหญ่ จะเริ่มต้นด้วยการรักษาทางยาก่อนเสมอ จนกว่าจะมีอาการแทรกซ้อน อย่างใดอย่างหนึ่ง จึงจะ พิจารณาผ่าตัดและพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยประเภทนี้ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (ภาษิต พานิชยานนท์, 2523: 41) ซึ่งการผ่าตัดรักษามีหลายวิธีโดยจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อน แต่ละอย่างที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายในการผ่าตัดเพื่อลดกรดในกระเพาะอาหาร

3. แผลกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer) เป็นโรคที่มีความคล้ายคลึงกับ แผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล แต่มีความแตกต่างกัน คือ แผลกระเพาะอาหารจะเกิดในผู้ที่มีอายุ สูงกว่า และเป็นในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เกิดในผู้ที่มีความอยากจน และเมื่อรักษาทางยาหายแล้ว จะมีการกลับเป็นใหม่ค่อนข้างสูง กลไกในการเกิดแผลกระเพาะอาหารยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจน อย่างไรก็ตามอาการของแผลกระเพาะอาหารและแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล จะมีอาการคล้ายกัน โดยเฉพาะอาการปวดท้องซึ่งจะเกิดในเวลาท้องว่าง และมักจะหายหรืออาการดีขึ้นด้วยการ รับประทานอาหารหรือยาลดกรด แผลกระเพาะอาหารอาจแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

3.1 Type I พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90 เป็นแผลซึ่งมักจะเกิดที่ lesser curvature ของกระเพาะอาหาร ซึ่งโอกาสที่แผลจะเป็นมะเร็งมีต่ำกว่าร้อยละ 5

3.2 Type II มีแผลกระเพาะอาหารเกิดร่วมกับแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล โดยเชื่อกันว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัลเกิดขึ้นก่อน ต่อมาเกิดการตีบทำให้เกิด gastric stasis แล้วจึงเกิดแผลกระเพาะอาหารตามมา ซึ่งการรักษาทางยาได้ผลไม่ดีและมักจะต้องรักษาด้วย การผ่าตัดโดยใช้หลักการผ่าตัดรักษาแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล

3.3 Type III เป็นแผลที่อยู่ห่างจาก pylorus ไม่เกิน 2-3 เซนติเมตร อาจ เรียกว่าเป็น prepyloric ulcer แผลในตำแหน่งนี้มีลักษณะอาการเหมือนแผลลำไส้ส่วนดูโอดินัล การรักษา นั้น มักเริ่มต้นด้วยการรักษาด้วยยาก่อนเช่นเดียวกับแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล แต่มีข้อควรคำนึงถึง คือ

1. แผลกระเพาะอาหาร อาจหายได้โดยการรักษาด้วยยา แต่อัตราการกลับเป็นซ้ำ (recurrent rate) ค่อนข้างสูง อาจถึงร้อยละ 40 ภายใน 2 ปี หลังจากแผลหายแล้ว
2. แผลกระเพาะอาหารที่กำลังรักษานั้นอาจเป็นมะเร็งได้ ดังนั้นหลังจากให้การรักษา

ทางยาไป 6 สัปดาห์แล้ว ยังไม่มีการหายสนิทของแผล (complete healing) จะต้องเปลี่ยนเป็นวิธีการรักษาเป็นการผ่าตัดทันที

ด้วยเหตุผลทั้ง 2 ประการนี้ ศัลยแพทย์บางท่านจึงแนะนำให้รักษาโดยวิธีผ่าตัด ตั้งแต่เริ่มต้น โดยมีหลักในการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ ตัดกระเพาะอาหารส่วนที่เป็นแผลออกไป ซึ่งต่างจากแผลลำไส้ส่วนดูโอดินัล ไม่จำเป็นต้องตัดเอาแผลออกเพราะแผลจะหายได้ถ้าทำผ่าตัดลดกรดลงแล้ว

ภาวะแทรกซ้อนของแผลเปปติก ทั้งแผลลำไส้ส่วนดูโอดินัลและแผลกระเพาะอาหารที่จำเป็นต้องผ่าตัดมีดังนี้

1. แผลทะลุ (Perforation) ผู้ป่วยจะมีประวัติปวดท้องอย่างรุนแรงทันทีทันใด และถ้าแผลทะลุอยู่ทางด้านหน้าหรือด้านข้างของลำไส้ส่วนดูโอดินัล จะทำให้น้ำย่อย น้ำดี และน้ำย่อยจากตับอ่อนไหลเข้าสู่ช่องท้อง เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบอย่างรุนแรง ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า อาจมีภาวะช็อคได้

การรักษาที่นิยมทำคือ การเย็บปิดในตำแหน่งรูทะลุ อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องการผ่าตัดในระยะต่อมา ดังนั้นจึงมีศัลยแพทย์บางท่านแนะนำให้ทำผ่าตัด เพื่อลดกรดไปเลย ซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ชัดเจน เช่น เป็นแผลเรื้อรัง อายุไม่มากเกินไป แผลทะลุมาเป็นเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ไม่มีการเปราะ ปีกอนในช่องท้องมาก และไม่มีโรคประจำตัวที่ร้ายแรงเป็นต้น ส่วนวิธีการผ่าตัดนั้นอาจใช้วิธีหนึ่งตามความเหมาะสมและความชำนาญของศัลยแพทย์

2. การมีเลือดออก (Haemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายมากที่สุด ลักษณะที่เลือดออกอาจออกช้า ๆ และถ้าย่อยจากระเป็นสีดำ หรืออาจออกมากและเร็ว ซึ่งมักจะมีอาการอาเจียนเป็นเลือด ภาวะเลือดออกนี้เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยและเป็นสาเหตุของการตายประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคนี้ ส่วนใหญ่ของแผลที่มีอาการเลือดออกมักจะอยู่ทางด้านหลัง ซึ่งมีเส้นเลือด gastroduodenal artery ทอดผ่าน และผู้ป่วยสามารถจะเสียเลือดได้มากจนเกิดภาวะช็อคได้จากเส้นเลือดเส้นนี้ และพบว่าประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยเลือดจะหยุดเองได้ และสามารถรักษาทางยาต่อไปได้ ส่วนที่เหลือน้อยร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อหยุดเลือด ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดดังนี้

- (1) เสียเลือด 1,500-2,000 ซี.ซี.ภายใน 24 ชั่วโมง หรือช่วงเวลาสั้นกว่านั้น
- (2) มีอาการเลือดออกร่วมกับภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น มีรูทะลุร่วมด้วย เป็นต้น
- (3) มี recurrent bleeding ขณะอยู่โรงพยาบาล คือหลังจากได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแล้วเลือดหยุด ต่อมาอีกระยะหนึ่งเช่น 2-3 วัน เริ่มมีเลือดออกอีก ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอัตราตายสูงและจำเป็นต้องรีบผ่าตัด

(4) มีเลือดออกติดต่อกันเรื่อย ๆ (Continued bleeding) แต่ช้า ๆ เช่นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับเลือดและสารน้ำจนสัญญาณชีพ คงที่ แต่ยังต้องการเลือดจำนวนหนึ่งช้า ๆ เช่น 1,000 ซี.ซี. ต่อวัน เพื่อไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

(5) ผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีหมู่เลือดหายาก หรือผู้ป่วยที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนมาก่อน เหล่านี้เป็นต้น

ซึ่งในการผ่าตัดศัลยแพทย์จะเย็บผูกเส้นเลือดในตำแหน่งที่เลือดออก รวมทั้งทำผ่าตัดเพื่อลดกรดด้วย มิฉะนั้นจะมีอัตราการเลือดออกใหม่ค่อนข้างสูง ส่วนวิธีการผ่าตัดชนิดใด แล้วแต่ความชำนาญและความเชื่อของศัลยแพทย์

3. การอุดตัน (Obstruction) ผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารและแผลลำไส้ส่วนดูโอดินัล อาจเกิด gastric outlet obstruction ด้วยสาเหตุ 2 ประการ คือแผลเป็น (Scar) ที่ค่อย ๆ หดตัว และจากการบวมของเยื่อในตำแหน่งรอบ ๆ แผล ผู้ป่วยจะมีอาการอาเจียนเศษอาหารเก่า ๆ และปราศจากน้ำดี หรือตรวจสอบโดยการทำ Saline Load Test พบว่ามีการอุดตัน ซึ่งในการเตรียมผ่าตัดควรทำ Gastric lavage และต่อ N.G.tube เข้ากับเครื่องดูดเพื่อลดการบวมของผนังกระเพาะอาหาร รวมทั้งแก้ไขภาวะ metabolic alkalosis

วิธีการผ่าตัดทำได้หลายวิธี อาจใช้ truncal vagotomy ร่วมกับ gastro-enterostomy หรือร่วมกับ antrectomy ตามความเหมาะสมและภายหลังผ่าตัดอาจต้องการเวลาหลายวันก่อนที่กระเพาะอาหารจะมี tone กลับมาเป็นปกติ

4. Intractability มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งซึ่งการรักษาทางยาแล้วอาการเจ็บปวดไม่ทุเลาเท่าที่ควร บางคนมี recurrent ulcer บ่อย ๆ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายครั้ง บางคนเบื่อหน่ายที่จะกินยาเพราะกินมานานแล้ว และบางคนไม่กินยาตามที่แพทย์แนะนำ เหล่านี้เป็นข้อชี้บ่งว่าควรให้การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด โดยพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

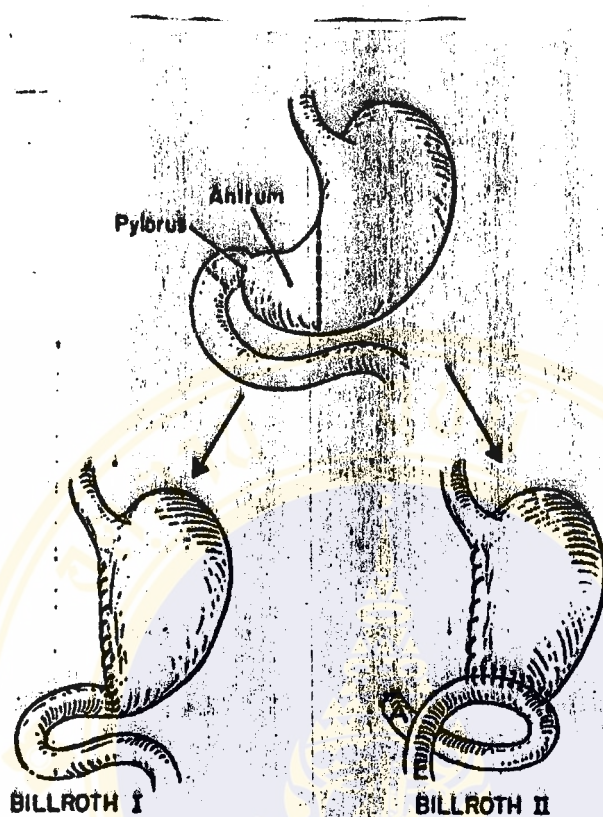
การผ่าตัดเพื่อรักษาแผลเปปติค

การผ่าตัดเพื่อรักษาแผลเปปติคมีหลายวิธีด้วยกัน โดยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ สภาพทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย ลักษณะของแผล รวมทั้งจุดมุ่งหมายของการผ่าตัด เช่น ในแผลลำไส้ส่วนดูโอดินัล มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดกรดในกระเพาะอาหาร โดยไม่จำเป็นต้องตัดส่วนที่เป็นแผลออก ซึ่งต่างจากการผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดส่วนที่เป็นแผลออกไปด้วย ดังนั้นการใช้วิธีการผ่าตัดแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมดังกล่าว ซึ่งวิธีการผ่าตัดเพื่อรักษาแผลเปปติคที่นิยมในปัจจุบัน มีดังนี้ (ทองดี ชัยพานิช, 2529: 74-78)

1. Truncal Vagotomy & Drainage Procedure คือการตัดเส้นประสาทเวกัสที่ระดับ trunk ซึ่งจะทำให้กรดลดลงได้ดี แต่การตัดเส้นประสาทเวกัสที่ระดับนี้จะทำให้ gastric motility ลดลงอย่างมาก จึงจำเป็นต้องทำทางระบาย (drainage procedure) เพื่อให้อาหารและน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เล็กได้เร็วขึ้น การทำทางระบายอาจทำ gastro-Jejunostomy หรือ pyloroplasty อย่างใดอย่างหนึ่ง การผ่าตัดชนิดนี้มีข้อดีที่มีอัตราการตายต่ำ คือ ประมาณร้อยละ 0.5-1 แต่มีข้อเสียคือการกลับเป็นใหม่ของแผล (recurrence rate) สูง ประมาณร้อยละ 6-12 โดยเหมาะที่จะทำในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวอยู่ และในรายที่มีปัญหาทางเทคนิคไม่สามารถทำการผ่าตัดส่วนของกระเพาะออกได้ด้วยความปลอดภัย

2. Truncal Vagotomy & Antrectomy คือการตัดประสาทเวกัสและตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายออกประมาณร้อยละ 40 การผ่าตัดวิธีนี้สามารถลดกรดลงได้ดี ข้อดีคือแผลหายได้ดี มีอัตราการกลับเป็นใหม่ต่ำประมาณร้อยละ 2 และมีปัญหาทางด้านโภชนาการน้อยกว่าวิธีที่ 3 แต่ข้อเสียคือมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 2 เช่นเดียวกัน

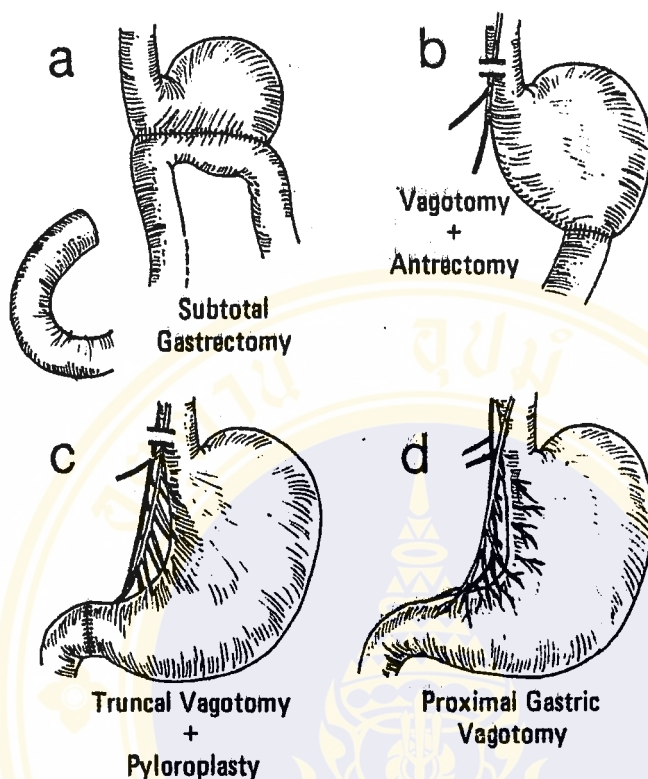
3. Subtotal Gastrectomy คือการตัดกระเพาะอาหารส่วนที่ผลิตกรดออกประมาณร้อยละ 70 วิธีนี้ ศัลยแพทย์ชาวเวียนนาชื่อ ไบรร์ธ ทำการผ่าตัดเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1881 (พงศ์เทพย์ สิงหพันธ์, 2526: 14) จึงได้ชื่อว่าเป็นการผ่าตัดแบบ "ไบรร์ธ I" (Billroth I) ต่อมาได้มีการปรับปรุงเป็นการผ่าตัดแบบ "ไบรร์ธ II" (Billroth II) โดยเปลี่ยนการต่อกระเพาะอาหารบางส่วนที่เหลือจากลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล (gastro jejunostomy) (Netter, 1978: 186-187) ดังแสดงในภาพที่ 1 การผ่าตัดวิธีนี้สามารถทำให้กรดลดลงได้ดีแต่มีผลเสียทางด้านโภชนาการ เนื่องจากขนาดของกระเพาะอาหารเล็กลงมาก และไม่สามารถจะมีน้ำหนักรักษาตัวเท่ากับก่อนผ่าตัดได้ อัตราตายของการผ่าตัดชนิดนี้ประมาณร้อยละ 2-3 และอัตราการเกิดใหม่ของแผลประมาณร้อยละ 2



ภาพที่ 1. การตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ เพื่อลดบริเวณที่ผลิตกรดให้น้อยลง
ที่มา: Koretz, 1982: 175

4. Highly Selective Vagotomy หรือ Proximal Gastric Vagotomy

เป็นการตัดแขนงเล็ก ๆ ของเส้นประสาทเวกัสที่มาเลี้ยงส่วนบนหรือส่วน proximal ของกระเพาะอาหาร หลักสำคัญในการผ่าตัดชนิดนี้คือ จะต้องเหลือ nerve of Latarjet ทั้งทางด้านหน้าและด้านหลังไว้เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสีย gastric motility ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องทำทางระบายข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้คือ ไม่มีการตัดต่อกระเพาะอาหารหรือลำไส้เลย ทำให้อันตรายจากการรั่วของรอยต่อไม่มี อัตราตายจากการผ่าตัดต่ำมาก แต่มีข้อเสียคือมีอัตราการกลับเป็นใหม่ของแผลสูงถึงร้อยละ 8-20 และวิธีการผ่าตัดต้องใช้เวลาและใช้ศัลยแพทย์ที่ชำนาญ



ภาพที่ 2 แสดงศัลยกรรมวิธีต่าง ๆ ในการรักษาโรคแผลเปปติค
ที่มา: ทองดี ชัยพานิช, 2529: 75

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ศัลยแพทย์ใช้เป็นการผ่าตัดหลักในการรักษาแผลกระเพาะอาหาร แต่ในการรักษาแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัล โดยการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ มักมีการกลับเป็นแผลซ้ำได้อีกร้อยละ 5.4 และมีอัตราการตายร้อยละ 1-3 (เกรียงไกร อัครวงศ์, 2523:59) และอาจมีอัตราสูงถึงร้อยละ 3-5 ได้ (Ralph, 1982:1861) อย่างไรก็ตามถ้าตัดกระเพาะอาหารออกมากเท่าไรก็สามารถลดอัตราการกลับเป็นแผลซ้ำได้แต่การตัดกระเพาะอาหารออกมาก ก็จะทำให้กระเพาะอาหารเสียหายที่ในการเก็บกักอาหาร ซึ่งจะทำให้หน้าที่ในการย่อยและการดูดซึมอาหารเสียไปด้วย เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมายอย่างไรก็ตามอรุณ เผ่าสวัสดิ์ (Arun Pausawadi, 1982: 25-29) ได้รายงานผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน จากโรคแผลเปปติคที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 355 คน และได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วน พบว่า อัตราตายและอัตราเสียเลือดออกซ้ำน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดวิธีอื่น ดังตารางที่ 3 และ 4 ทั้งกล่าวเสริมด้วยว่าการตัดกระเพาะ

อาหารออกบางส่วนนั้น ยังเป็นที่นิยมในการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคแผลเปปติคมากกว่าการผ่าตัดด้วยวิธีอื่น
 ตารางที่ 3 ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน

ตำแหน่งของการมีเลือดออก	การผ่าตัด			รักษาแบบประคับประคอง		
	จำนวน	ตาย	ร้อยละ	จำนวน	ตาย	ร้อยละ
1. กระเพาะอาหารและลำไส้	270	25	4.2	30	2	6.7
- ตัดกระเพาะอาหารออกไปบางส่วน	121	10	8.2	-	-	-
- ตัดประสาทเวกัสและทำทางระบาย	38	10	0.3	-	-	-
- ตัดประสาทเวกัสและตัดกระเพาะอาหารส่วนบน	39	3	7.7	-	-	-
- เย็บแผลปิด	13	2	15.4	-	-	-

ที่มา: Arun Pousawasdi, 1982:26

ตารางที่ 4 แสดงการมีเลือดออกซ้ำภายหลังผ่าตัด

การผ่าตัด	จำนวน	เลือดออกซ้ำ	ร้อยละ
-ตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน	121	1	0.8
-ตัดเส้นประสาทเวกัสและทำทางระบาย	77	3	3.9

ที่มา: Arun Pousawasdi, 1982:26

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคแผลเปปติคจะรักษาด้วยการผ่าตัดก็ต่อเมื่อ บ่งชี้ ดังกล่าวมาแล้ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ หรือรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบรีบด่วน เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลเปปติค สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลถึงสภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดด้วย ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนมักมีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ

1. ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์
2. ปัญหาด้านร่างกาย

1. ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ย่อมเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว เนื่องจากต้องประสบกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น บุคคล กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการรักษาและการพยาบาล เป็นต้น (Carrevali, 1966: 1537) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดจะยิ่งมีภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้นจากความรู้สึกที่เกี่ยวกับการผ่าตัด (Beland and Passon, 1975: 914) เพราะขาดความเข้าใจและไม่ทราบว่าตนเองจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดบ้างดังที่ คาร์เรวาลี (Carrevali, 1966: 1536-1538) ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งการผ่าตัดเล็กและการผ่าตัดใหญ่อย่อมมีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวได้

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลเปปติคนั้นมักจะมีปัญหาย่างยากใจที่จะแก้ไขไม่ได้เป็นพื้นฐานของความวิตกกังวลอยู่แล้ว (บรุนเนอร์ ลิเลียน โซลทิส, 2518: 45) เมื่อต้องรักษาโดยการผ่าตัดย่อมมีความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น เช่น กลัวการวางยาสลบ กลัวเป็นมะเร็ง เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ป่วยมานาน และมักมีความท้อถอยเกิดขึ้นเสมอ

ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยย่อมมีความวิตกกังวลและมีความกลัว อาจกลัวความเจ็บปวด กลัวผ่าตัดแล้วไม่หาย รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตภายหลังกลับบ้านแล้วเป็นต้น ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเหล่านี้ พยาบาลควรเข้าใจถึงปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่น ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยถ้าพบมีปัญหาด้านจิตใจจะต้องร่วมมือกับแพทย์และญาติของผู้ป่วย เพื่อช่วยแก้ไขคลี่คลายสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลนั้น ซึ่งจะช่วยให้การรักษาพยาบาลประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นด้วย

2. ปัญหาทางด้านร่างกาย

2.1 ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดย่อมประสบความไม่สุขสบายจากสาเหตุต่าง ๆ กัน เช่น จากความเมื่อยล้าในขณะที่ผ่าตัดและท่านอนที่ไม่เหมาะสม หรือจากอาการเจ็บคอเนื่องจาก วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือความรู้สึกไม่สุขสบายจากการสอดสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหารหรือกระเพาะปัสสาวะ และสิ่งสำคัญคือ จากการปวดแผลผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลา 1-3 วันแรกของการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเจ็บปวดในระดับรุนแรงมาก (Kozier and Erb, 1979: 896) นอกจากนั้นการผ่าตัดประเภทนี้มีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนบน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากกว่าช่องท้องส่วนล่าง (Weisenberg, 1975: 286-287) ร่วมกับการมีอายุมาก

ของผู้ป่วย ความอ่อนเพลีย ประสบการณ์การเจ็บปวด สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นพยาบาลซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีหน้าที่สำคัญยิ่งในการประเมิน การวางแผนป้องกัน และให้การพยาบาลเพื่อจัดหรือบรรเทาความไม่สุขสบายและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการบรรเทาความไม่สุขสบายและความเจ็บปวดนั้นมีมากมาย พยาบาลจะต้องมีความรู้ในการจัดทำแผนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นให้มีน้อยที่สุด โดยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด ตามแผนรักษาของแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยาบรรเทาปวดชนิดเสกติด และที่สำคัญพยาบาลจะต้องประเมินความต้องการยาบรรเทาปวดของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะใช้ยาบรรเทาปวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดบาดแผลแล้ว พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ค้นหาและจัดสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ได้แก่ ดูแลสายยางที่ใส่ทางจมูกไปยังกระเพาะอาหาร หรือสายยางที่สอดใส่ในกระเพาะปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและสามารถทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งให้การพยาบาลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลซึ่งมีผลในการบรรเทาความไม่สุขสบาย

2.2 ความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดนั้น ปัญหาภาวะความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เป็นสิ่งสำคัญ ในการผ่าตัดทั่วไปภาวะนี้เกิดจากการตอบสนองของร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำ และภาวะเครียดจากการผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของออร์โมนภายในร่างกาย เพื่อปรับสภาพร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล แต่เมื่อร่างกายได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ชดเชยไม่เพียงพอหรือได้รับมากเกินไปจึงเกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ขึ้นร่วมกับสภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ระบบทางเดินอาหารหยุดการทำงานชั่วคราวจึงไม่เกิดการย่อยและการดูดซึมของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ นอกจากนั้นการสอดใส่สายยางเข้าสู่กระเพาะอาหารพร้อมทั้งใช้เครื่องดูดของเหลวจากกระเพาะอาหารตลอดเวลา เพื่อให้กระเพาะอาหารว่างนั้น เป็นการสูญเสีย น้ำและอิเล็กโทรลัยท์ออกจากร่างกายเพิ่มมากขึ้นด้วย

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนนั้น พยาบาลจะต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์อย่างเพียงพอ ต้องสังเกตอาการของภาวะที่ร่างกายได้รับน้ำมากหรือน้อยเกินไป ตลอดจนต้องส่งเสริมและติดตามผลการตรวจหาค่าของอิเล็กโทรลัยท์ที่สำคัญ เพื่อดูความสมดุล โดยเฉพาะในระยะแรกของการผ่าตัดตลอดจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำทางปากได้

2.3 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

2.3.1 ภาวะแทรกซ้อนทางปอด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนหรือผ่าตัดกระเพาะอาหารจะมีภาวะแทรกซ้อนทางปอดถึงร้อยละ 21-63 (ประกิจ วาทีสาธกิจ และคณะ, 2523: 19) โดยเฉพาะการเกิดปอดแฟบ (Atelectasis) มักเกิดจากผู้ป่วยไม่มีการหายใจลึก ๆ

ปริมาตรของลมในปอดโดยทั่วไปลดลง ความสามารถในการไอน้อยลง ร่วมกับมีสารคัดหลั่งอุดในหลอดลมทำให้เกิดปอดแฟบขึ้น เมื่อปอดแฟบอยู่นาน ๆ จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลจากบริเวณที่ผ่าตัดอยู่ใกล้กระบังลม ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดบาดแผลขณะหายใจเข้า ออก ดังนั้นผู้ป่วยหนักจึงมีการหายใจตื้นทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สเสียไปด้วย เกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดเกิดขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถป้องกันได้โดยผู้ป่วยต้องมีการหายใจลึก ๆ เพื่อเป็นการขยายถุงลมในปอดร่วมกับให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นการขับสารคัดหลั่งภายในถุงลมออกทางปากสามารถผ่านเข้าไปในถุงลมทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้อย่างเต็มที่ โดยระยะแรกพยาบาลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และไออย่างถูกวิธีบ่อยที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ นอกจากนั้น พยาบาลควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงหรือให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

2.3.2 ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับบาดแผล ผลจากการผ่าตัดโดยทั่วไปถือว่าเป็นแผลสะอาดปราศจากเชื้อแต่พบว่า ผลจากการผ่าตัดของระบบทางเดินอาหาร โอกาสติดเชื้อได้ร้อยละ 7.7 (Flynn, Magaret. E, 1982: 1548) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลประเภทนี้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญ ในการทำแผลอย่างถูกเทคนิคปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งสังเกตแผลหรือบริเวณที่ระบายช่องท้อง ถ้าพบมีอาการอักเสบหรือการติดเชื้อควรรายงานแพทย์ เพื่อการรักษาต่อไป

แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมีโอกาสเกิดแผลแยกได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไอหรือจามแรง ๆ โดยไม่ได้ใช้มือพยุงบาดแผลไว้ ส่วนมากพบในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยขาดอาหาร ผู้ป่วยอ้วน หรือผู้ป่วยที่มีผนังหน้าท้องอ่อนแอ ผู้ป่วยเหล่านี้มีการหายใจของแผลไม่ดี หรือกรณีที่แผลมีการติดเชื้อ อาจเกิดแผลแยกได้ง่าย บางครั้งพบว่าแผลแยกแล้วยังมีอวัยวะภายในช่องท้องยื่นออกมาด้วย ฉะนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะไอหรือจาม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลแยกได้ง่ายดังกล่าว

2.4 ภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการตัดกระเพาะอาหารออก ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งอาการบางอย่างพยาบาลสามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ แต่มีบางอย่างเป็นผลโดยตรงจากการตัดกระเพาะอาหารออก ซึ่งพยาบาลสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นให้มีอาการ หรือความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

2.4.1 ระยะแรก ตั้งแต่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดจนถึง ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ มักพบภาวะแทรกซ้อนดังนี้

(1) ภาวะมีเลือดออก อุบัติการณ์ของการมีเลือดออกภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออก บางส่วนมีประมาณร้อยละ 1-3 (Given & Simmon, 1984: 279) อาจมีอาการอาเจียนเป็นเลือด

ถ่ายอุจจาระดำ และที่พบบ่อยและบ่อยคือ มีเลือดจากสายยางที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหาร เกิดจากมีเลือดออกจากบริเวณรอยเย็บและมักจะเกิดขึ้นทันทีหลังผ่าตัด หรือในวันแรกหลังผ่าตัด แต่มักจะออกไม่มากส่วนใหญ่น้อย ๆ หายไปเอง ถ้ายังมีเลือดออกมาเรื่อย ๆ อาจต้องใช้ น้ำเกลือแช่น้ำแข็งล้างกระเพาะ (Ice saline lavage) (ภานิต พานิชยานนท์, 2523: 153; Given & Simmons, 1984: 279) เพื่อให้เลือดหยุดพวยพาลจะต้องดูแลและสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินสภาพการตกเลือดของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอาจมีการเสียเลือดมากจนถึงช็อคได้ นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องคอยตรวจวัดสัญญาณชีพ บันทึกปริมาณปัสสาวะแต่ละชั่วโมงเพื่อดูผลการทำงานของไตรวมทั้งดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดให้อยู่ในสภาพดีตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเสียเลือดมากจนถึงภาวะช็อค อย่างไรก็ตามภายหลังใช้น้ำเกลือแช่น้ำแข็งล้างกระเพาะแล้ว แต่เลือดยังไม่หยุดแพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดใหม่

(2) ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด (Gastric retention) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กจะต้องได้รับการใส่สายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารพร้อมทั้งต่อเข้ากับเครื่องดูดออก (Suction) เพื่อดูดแก๊ส ของเหลว ตลอดจนก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในกระเพาะอาหารขณะที่ผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง แห้งสะอาด จนกว่ากระเพาะอาหารเริ่มทำงาน โดยทั่วไปจะเริ่มทำงานได้ดีในวันที่ 3 ถึง 6 หลังผ่าตัด (Patras, 1984: 729) แต่บางครั้งพบว่าใช้เวลานานกว่านั้น เนื่องจากเกิดภาวะท้องอืด สาเหตุอาจเกิดจากการสะสมของของเหลวในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสายยางจากกระเพาะอาหารอุดตัน หรืออาจมีสาเหตุจากการไม่สมดุลของ อิเล็กโตรลัยท์ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคือ กระเพาะอาหารและลำไส้ไม่ทำงานและสาเหตุที่พบบ่อยร้อยละ 1-3 คือมีการอุดตันของทางเปิดจากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ ซึ่งสาเหตุนี้พบว่าผู้ป่วยมักเกิดอาการ ในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัดโดย จะมีอาการท้องอืดมาก ของเหลวในกระเพาะเพิ่มมากขึ้น ผิดปกติ ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเอาน้ำย่อยมีสีน้ำตาลออกเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนมากอาการมักจะเป็นอยู่ในระยะสั้น

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดจะต้องดูแลการทำหน้าที่ของเครื่องดูด และตำแหน่งของสายยางจากกระเพาะอาหาร ให้ทำหน้าที่ดูดของเหลวออกจากกระเพาะอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ามีการอุดตันของสายยาง อาจต้องรายงานแพทย์เพื่อช่วยล้างสายยางจากกระเพาะอาหารให้ปราศจากสิ่งอุดตัน แต่ถ้าสาเหตุจากกรณีมีการอุดตันของทางเปิดของกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ วิธีแก้คือดูดของเหลวออกจากกระเพาะอาหารและรอจนกว่าการอุดตันนั้นจะเปิดเอง ดังนั้น พยาบาลนอกจากจะต้องดูแลเรื่องการทำงานของเครื่องดูดและสายยางจากกระเพาะอาหารแล้วยังต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดจนกว่ากระเพาะอาหารและลำไส้จะเริ่มทำงาน

(3) การรั่วของลำไส้ดูโอติณัลส่วนปลาย (Duodenal stump leakage or blowout) พบได้บ่อยและเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย โดยพบว่าที่เมโยคลีนิคปี ค.ศ. 1956 มีการรั่วเกิดขึ้นร้อยละ 4.5 ในผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารและร้อยละ 5.6 ในผู้ป่วยแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอติณัล (ภาวิชยานนท์, 2523:157) และพบผู้ป่วยในผู้ป่วยแผลลำไส้เล็กส่วนดูโอติณัลที่ทำผ่าตัดแบบโบล์รอต 2 (วิรัช ศิลปพันธ์, 2524:62) เมื่อเกิดการรั่วขึ้นจะมีผลตามมาหลายประการ เช่นการติดเชื้อเข้ากระแสโลหิต เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและพบบ่อยว่ามีรูรั่วออกภายนอกร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการเสียน้ำและอิเล็กโตรลัยท์วันละมาก ๆ การรั่วนี้มักจะเกิดประมาณวันที่ 3-6 หลังผ่าตัด จะมีการปวดท้องรุนแรงทันทีทันใด หน้าท้องแข็งตึง ชี้อ่อน ชีพจรเร็ว สภาพทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยจะเลวลงอย่างรวดเร็วซึ่งการแก้ไข คือ ใส่ท่อเพื่อระบายของเหลวที่รั่วออกอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งดูแลให้น้ำและอิเล็กโตรลัยท์ตลอดจนอาจจำเป็นต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Hyperalimentation) ส่วนใหญ่รั่วมักปิดเองในระยะ 2-3 สัปดาห์

ฉะนั้นพยาบาลควรสังเกตอาการผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารแบบโบล์รอต 2 เพราะมีโอกาสเกิดการรั่วของลำไส้เล็กส่วนที่ถูกตัดได้ง่ายกว่าการผ่าตัดแบบอื่น ดังนั้น เมื่อพบอาการที่แสดงถึงการรั่วของลำไส้ดังกล่าว พยาบาลจะต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบ พร้อมทั้งเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจสำหรับการรักษาของแพทย์

2.4.2 ระยะหลัง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติแล้วหรืออาจเกิดภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกับไปอยู่บ้านแล้วก็ได้ ซึ่งการพยาบาลที่ให้จึงเป็นคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระยะหลังที่พบบ่อยคือ

(1) กลุ่มอาการดัมปีง (Dumping syndrome) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน โดยเฉพาะแบบโบล์รอต 2 จะเกิดมากกว่าโบล์รอต 1 ซึ่งพบว่ากลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดกระเพาะอาหาร (Ralphs, 1982: 1861) และต้องได้รับการรักษาร้อยละ 5-10 แต่ที่มีอาการรุนแรงมาร้อยละ 1-2 (ภาวิชยานนท์, 2523:46) โดยทั่วไปกลุ่มอาการนี้จะแสดงภายหลังผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ โดยภายหลังผู้ป่วยรับประทานอาหารแล้วประมาณ 5-10 นาที จะมีอาการ อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง และอาจเป็นลมได้ อาการเหล่านี้เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของร่างกาย เนื่องจากอาหารจากกระเพาะอาหารผ่านลงสู่ลำไส้เล็กส่วนเจริญ โดยไม่ถูกเอื้อจางที่กระเพาะอาหารก่อน ดังนั้นอาหารจึงเป็นสิ่งที่มีความเข้มข้นสูงกว่าสารคัดหลั่งในลำไส้ส่วนนี้ เป็นเหตุให้น้ำในกระเพาะและโลหิตซึมผ่านลำไส้ส่วนนั้น ทำให้น้ำในระบบไหลเวียนกระเพาะโลหิตลดลงทันที ร่างกายจึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการลดลงของน้ำในกระเพาะโลหิตจึงเกิดอาการดังกล่าวและจะหายได้เองภายใน 40-60 นาที วิธีป้องกันและแก้ไขคือรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ ไม่ควรดื่มน้ำในขณะที่รับประทานอาหาร ไม่ควรรับประทานอาหาร

ที่โปรสจัด ควรนอนพักหลังอาหารพร้อมทั้งทำจิตใจให้สบายไม่ควรวิตกกังวล

นอกจากนั้นอาการดังกล่าวอาจจะปรากฏเมื่อรับประทานอาหารแล้ว 2-3 ชั่วโมงเรียกว่า เลตดัมปีง (Late dumping) เนื่องจากอาหารเข้าสู่ลำไส้เล็กเร็วมากมีการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว เป็นการกระตุ้นให้ร่างกายผลิตอินซูลิน (Insulin) เพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง จึงเกิดอาการดังกล่าวและอาการนี้มักจะหายภายหลังผ่านดัตระยะหนึ่ง วิธีป้องกันคือ รับประทานอาหารหวานมาก อาหารคาร์โบไฮเดรตควรรับประทานให้บ่อยๆ โดยทดแทนด้วยเนื้อสัตว์ และไขมันควรรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ ทุก ๆ 2 ชั่วโมง

(2) น้ำหนักตัวลดและมีความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหาร (Weight loss and malabsorption) พบว่าร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน จะมีน้ำหนักลดลง เพราะรับประทานอาหารได้น้อยและประสิทธิภาพของการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง อาจเนื่องมาจากกระเพาะอาหารเก็บกักอาหารได้น้อยลง หรืออาจร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนบางอย่างทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย รวมทั้งประสิทธิภาพของการดูดซึมไขมันลดลงมีผลทำให้วิตามินที่ไขมันเป็นตัวละลายลดลงด้วย อาจมีไขมันในอุจจาระทำให้เกิดอาการท้องเดิน ฉะนั้นการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องชี้แจงวิธีปฏิบัติที่ทำให้ร่างกายได้รับประโยชน์จากอาหารสูงสุด ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่นกลุ่มอาการ ดัมปีง จะต้องให้การรักษาก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนผู้ป่วยกลัวการรับประทานอาหารเป็นเหตุให้ผู้ป่วยขาดอาหารมากขึ้น พร้อมกับเพิ่มเติมสารอาหารทดแทนส่วนที่ผู้ป่วยขาดไป

(3) ภาวะโลหิตจาง (Anemia) เกิดจากการขาดธาตุเหล็กซึ่งภายหลังจากการตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน พบประมาณร้อยละ 30-50 ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 มีการดูดซึมของวิตามินบี 12 เสียไปด้วยทำให้เกิดโลหิตจาง แบบแมกกะโลบลาสติค (Megaloblastic anemia) การดูดซึมของวิตามินบี 12 เสียไปเนื่องจากกระเพาะอาหารส่วนที่สร้างส่วนประกอบของเม็ดเลือด (Intrinsic factor) ถูกตัดออกไปด้วย ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังตัดกระเพาะอาหาร พยาบาลควรสนใจติดตามให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อดูผลของเม็ดเลือด ถ้าเกิดภาวะโลหิตจางจะต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและยาเสริมสร้างการสร้างเม็ดเลือดขึ้นทดแทน

(4) ภาวะท้องเดิน และอุจจาระมีไขมันมากกว่าปกติ (Diarrhea & steatorrhea) ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร แบบไบลอร์ด 2 จะพบว่าไขมันในอุจจาระเกินร้อยละ 7 อยู่ประมาณร้อยละ 50 ของคนใช้ตัดกระเพาะอาหารทั้งหมด ซึ่งเกิดเนื่องจากการที่อาหารจากกระเพาะอาหารผ่านลงสู่ลำไส้ส่วนแรกเร็วเกินไป โดยไม่ได้ผ่านการย่อยจากน้ำย่อยของตับอ่อนร่วมกับลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการท้องเดิน การย่อยและการดูดซึมไขมันเสียไปด้วย นอกจากนั้นยังอาจพบภาวะท้องเดินได้ในกรณีที่การผ่าตัดกระเพาะอาหารนี้ทำร่วมกับการผ่าตัดประสาทเวกัส ถ้าผู้ป่วยมีอาการท้องเดินเกิดขึ้นพยาบาลควรประเมินสภาพผู้ป่วยว่า

การเกิดท้องเดินนั้นร่วมกับอุจจาระมีไขมันมากผิดปกติหรือไม่ หรือเกิดจากการติดเชื้อของแบคทีเรีย หรือเป็นผลจากการติดเชื้อประสาทเวกส์รวมทั้งวางแผนร่วมกับแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการดังกล่าว

(5) การเกิดแผลเปปติคซ้ำบริเวณรอยต่อ (Stomal ulcer) การเกิดแผลซ้ำบริเวณรอยต่อจะเกิดขึ้นเมื่อยังมีปริมาณการหลั่งกรดสูงอยู่ ทำให้เยื่อบุบริเวณกระเพาะส่วนปลายเกิดแผลขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง มีภาวะโลหิตจาง ท้องเดิน บางครั้งอาจมีการทะลุหรือรูรั่วระหว่างรอยต่อของกระเพาะอาหารกับลำไส้ ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดแผลเปปติคซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารมีร้อยละ 2-3 (Dumphy and Way, 1977:474) ซึ่งการรักษาทางยามักไม่ค่อยได้ผล ส่วนใหญ่แพทย์มักจะทำผ่าตัด พยาบาลควรมีความรู้ว่าผู้ป่วยตัดกระเพาะอาหารนั้นอาจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ควรให้คำแนะนำในการสังเกตอาการ ที่เป็นอาการของแผลเปปติครวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้นได้ทุกครั้ง

(6) กลุ่มอาการ เอเฟเฟอเรนทูลูป (Afferent loop syndrome) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดแบบไบลอร์ด 2 โดยหลังรับประทานอาหาร 30-60 นาที ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ และจะอาเจียนเป็นน้ำดีออกมา แล้วอาการแน่นท้องจะดีขึ้น สาเหตุเกิดขึ้นเนื่องจากน้ำดีจากตับและน้ำย่อยจากตับอ่อนไม่สามารถผ่านจาก Afferent loop เข้าสู่กระเพาะอาหารได้ดี เนื่องจากมีลำไส้เล็กส่วน Jejunum (Afferent loop) ทอดยาวมากเกินไป หรือมีการอุดตันที่รอยต่อ (Gastrojejunostomy) อาการแทรกซ้อนนี้จะเกิดในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยจะมีอาการแน่นท้อง ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว ผู้ป่วยจะมีกดเจ็บที่บริเวณท้อง อาการบางครั้งจะรุนแรงทำให้ช็อกได้ การรักษาต้องใช้ในการผ่าตัดเข้าไปแก้ไขสาเหตุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน โดยอาศัยเทคนิคเดลฟายในการสรุปความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ตามมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในประเทศไทย

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความรู้ทักษะและประสบการณ์ในด้านการรักษา การศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ได้แก่ แพทย์ อาจารย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป
2. เป็นศิษย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนไม่น้อยกว่า 5 ปี หรือ
3. เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในด้านการสอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี หรือ
4. เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี

กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญได้รับการคัดเลือกอย่างเจาะจงเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นจำนวน 36 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 12 ท่าน อาจารย์พยาบาล 12 ท่าน และพยาบาล 12 ท่าน รวม 36 ท่าน

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนในสถานการณ์จริงของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในประเทศ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือกลุ่มผู้ชำนาญการหมายถึง ผู้ที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยแบ่งเป็นกลุ่มโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกเป็นบางส่วน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรพยาบาลขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัด

กระเพาะอาหารออกบางส่วนไม่น้อยกว่า 3 ปี

3. เป็นผู้ที่ไม่ได้รับเลือกเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ชำนาญการได้รับการคัดเลือกอย่างเจาะจงตามคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น โดยผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจำนวน 100 คน โดยแบ่งเป็นผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 6 แห่ง ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลส่วนกลาง 10 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 15 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง โดยเลือกแต่ละ 1 ท่าน (ดังแสดงในภาคผนวก ก.)

ทั้งนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

โรงพยาบาลส่วนกลาง หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งที่เป็นของรัฐบาลและเอกชน โดยให้ครอบคลุมโรงพยาบาลที่สังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม และกระทรวงมหาดไทย ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 150 เตียงขึ้นไป

โรงพยาบาลศูนย์หมายถึง โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการประกาศจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 500-1000 เตียง

โรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเตียงรับผู้ป่วย 150-500 เตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อความที่เป็นร่าง

มาตรฐานเชิงกระบวนการคือ กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้างและลักษณะของแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ ส่วนของร่างมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ระบุถึงกิจกรรมการพยาบาลและร่างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่ระบุเกี่ยวกับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลัง ได้รับการปฏิบัติพยาบาล และส่วนที่สองคือส่วนของความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยให้ระบุคำตอบ "ใช่" และ "ไม่ใช่" พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง แก้ไข และเพิ่มเติมได้อย่างอิสระดังตัวอย่างแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 1

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคจากการตกเลือด

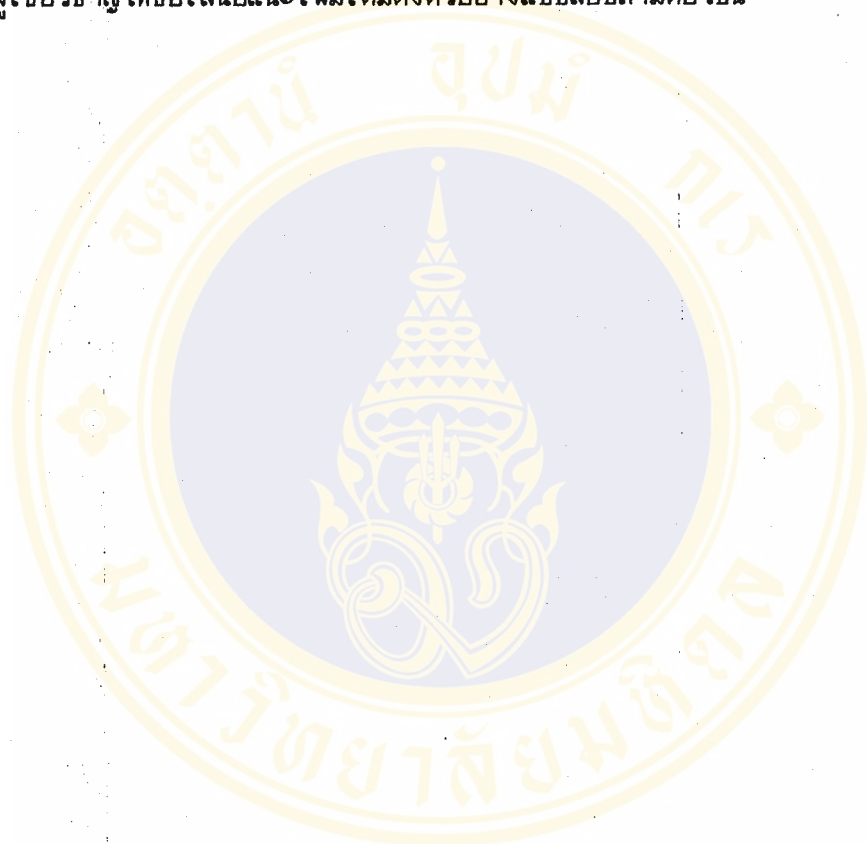
ร่างมาตรฐานเชิงกระบวนการ	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ร่างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ		
	ใช่	ไม่ใช่	ข้อเสนอแนะอื่นๆ		ใช่	ไม่ใช่	ข้อเสนอแนะอื่นๆ
1. สังเกตและบันทึกอาการตกเลือดควรรายงานแพทย์ทันทีถ้าพบสิ่งต่อไปนี้				1. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติได้แก่			
1.1 สารเหลวที่ตูดออกจากกระเพาะอาหารเป็นเลือดสด				1.1 ชีพจรเต้นสม่ำเสมอในอัตรา 80-100 ครั้ง/นาที			
1.2 อาเจียนเป็นเลือดสด				1.2 ฯลฯ			
1.3 ฯลฯ							

ร่างมาตรฐานการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยกำหนดหัวข้อมาตรฐานไว้ 10 หัวข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 86 ข้อใหญ่ 68 ข้อย่อย และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 39 ข้อใหญ่ 3 ข้อย่อย ดังแสดงในตารางที่ 5 of University

ตารางที่ 5 จำนวนข้อของมาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ในร่างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

หัวข้อมาตรฐานการพยาบาล	เชิงกระบวนการ		เชิงผลลัพธ์	
	ข้อใหญ่	ข้อย่อย	ข้อใหญ่	ข้อย่อย
1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคเนื่องจากการตกเลือด	7	11	5	3
2. ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์	6	17	3	–
3. ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	10		4	–
4. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด	8	4	3	–
5. ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายเนื่องจากสายยางจากกระเพาะอาหาร (N-G. tube)	6	–	1	–
6. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ (atelectasis) และปอดบวม (pneumonia)	11	6	7	–
7. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	12	18	5	–
8. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	11	–	5	–
9. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	7	–	2	–
10. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	8	12	4	–
รวม	86	68	39	3

2. แบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วยร่างมาตรฐานการพยาบาลที่แก้ไขปรับปรุงจากแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยการเลือกข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญจำนวนร้อยละ 80 ขึ้นไปตอบว่า "ใช่" รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่น ๆ และในแต่ละข้อความผู้วิจัยได้เพิ่มอัตราส่วนประมาณค่าออกเป็น 11 ระดับคะแนนดังนี้ "เห็นด้วยน้อยที่สุด" ให้ 1 คะแนน "เห็นด้วยมากที่สุด" ให้ 11 คะแนนและเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังตัวอย่างแบบสอบถามต่อไปนี้



ตัวอย่างแบบสอบถามในรอบที่ 2

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะข้อศอกเนื่องจากตกเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	เห็นด้วย											หมายเหตุ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์	เห็นด้วย											หมายเหตุ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	น้อยที่สุด													มากที่สุด																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเมื่อเข้าสู่ระดับปกติหรือคงที่ 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุก 30 นาทีอีก 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุกชั่วโมง 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและต่อไปบันทึกวันละ 3 ครั้ง เวลา 6.00 , 14.00, 18.00 น. ตลอดเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

3. แบบสอบถามรอบที่ 3 ประกอบด้วยร่างมาตรฐานการพยาบาล เช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 2 แต่จะเพิ่มคำมัธฐาน (Mdn.) โดยใช้เครื่องหมาย * และค่าการกระจายควอไทล์ (Q) โดยใช้เครื่องหมาย ประจำแต่ละข้อและแสดงคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน โดยใช้เครื่องหมาย V ถ้าผู้เชี่ยวชาญต้องการเปลี่ยนคำตอบก็ให้เปลี่ยนใหม่ได้โดยใช้เครื่องหมาย (✓) ในกรณีผู้เชี่ยวชาญยังคงยืนยันคำตอบเดิมซึ่งคะแนนอยู่ห่างจากมัธฐานมาก ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผลไว้ท้ายข้อความนั้น ดังตัวอย่างแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ตัวอย่างแบบสอบถามในรอบที่ 3.

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคเนื่องจากการตกเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	เห็นด้วย น้อยที่สุด											เห็นด้วย มากที่สุด		เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	หมายเหตุ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เมื่อเข้าสู่ระดับปกติหรือครั้งที่ 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุก 30 นาทีอีก 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็น ทุกชั่วโมง 4 ครั้งจึงเปลี่ยน เป็นทุก 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่า ตัดและต่อไปบันทึกวันละ 3 ครั้ง เวลา 6.00, 14.00, 18.00 น. ตลอดเวลา 24-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด									✓	✓	✓					
2. รายงานแพทย์ทันที ถ้าพบว่า ชีพจรเบาเร็วเพิ่มขึ้น จาก บันทึกครั้งก่อนร้อยละ 20 และ ความดันโลหิตลดลงจากการ บันทึกครั้งก่อนร้อยละ 20																

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัด
กระเพาะอาหารออกบางส่วนในสถานการณจริง

ผู้วิจัยนำมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปสำรวจการปฏิบัติในสถานการณจริง โดยขอความร่วมมือผู้ชำนาญการตอบแบบสอบถามในส่วนขอมาตรฐานเชิงกระบวนการให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความ "ปฏิบัติเป็นประจำ" "ปฏิบัติเป็นครั้งคราว" หรือ "ไม่ได้ปฏิบัติ" พร้อมระบุเหตุผลในกรณีที่ตอบว่า "ปฏิบัติเป็นครั้งคราว" และ "ไม่ได้ปฏิบัติ" และในส่วนขอผลการพยาบาลนั้นให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "ได้ผล" หรือ "ไม่ได้ผล" พร้อมระบุเหตุผลในกรณีที่ตอบว่าไม่ได้ผล ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างแบบสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณจริง
มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคเนื่องจากการตกเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	เหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว
	เป็นประจำ	เป็นครั้งคราว		
1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเมื่อเข้าสู่ระดับปกติหรือครั้งที่ 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุก 30 นาทีอีก 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุกชั่วโมง 4 ครั้งจึงเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและต่อไปบันทึกวันละ 3 ครั้ง เวลา 6.00, 14.00, 18.00 น. ตลอดเวลา 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
2. รายงานแพทย์ทันที ถ้าพบว่าชีพจรเบาเร็วเพิ่มขึ้นจากบันทึกครั้งก่อนร้อยละ 20 และ ฯลฯ				

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์	ได้ผล	ไม่ได้ผล	เหตุผลที่ไม่ได้ผล
1. สัญญาณชีพจรรออยู่ระดับปกติได้แก่ 1.1 ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ อัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที 1.2 ค่าความดันโลหิตทั้งซีกโตลิตและไดแอสโตลิตไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 มิลลิเมตร			

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างมาตรฐานการพยาบาล

1. เมื่อผู้วิจัยกำหนดข้อความร่างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนเรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะเป็นลักษณะแบบสอบถามปลายเปิดและได้นำแบบสอบถามนี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 36 ท่านแสดงความคิดเห็นสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยไปพบด้วยตนเองพร้อมทั้งอธิบายจุดประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ และขอความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญในการที่จะพิจารณาร่างมาตรฐานการพยาบาลโรคแผลเปปติคภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนโดยเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแก้ไขเพิ่มเติมหรือตัดทอนข้อความต่าง ๆ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและถ้าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความที่ผู้วิจัยเขียนขึ้นให้ใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่อง "ใช่" ถ้าไม่เห็นด้วยให้ใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่อง "ไม่ใช่" และแสดงความคิดเห็นในช่อง "ข้อเสนอแนะอื่น ๆ " ของแบบสอบถามให้เวลาผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะภายในเวลา 4 สัปดาห์

ส่วนผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ต่างจังหวัด ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงจุดประสงค์ในการทำวิจัยอย่างละเอียดพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์และขอให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยภายใน 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยแนบซองสีน้ำตาลจำหน่ายของส่งผู้วิจัยติดสแตมป์ไปพร้อมกับแบบสอบถามในรอบนี้ได้แบบสอบถามกลับคืน 36 ชุด

2. นำคำตอบจากแบบสอบถามชุดที่ 1 มาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไข แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามชุดที่ 2 ให้เนื้อหาถูกต้องครอบคลุมมากขึ้นตามข้อเสนอแนะโดยข้อความที่ใช้ได้จะต้องได้รับ

การยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 หรือตอบว่าใช่ไม่ต่ำกว่า 29 ท่าน

3. ส่งแบบสอบถามชุดที่ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญคนเดิมพร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบและให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 4 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามคืน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 83.33

4. นำคำตอบจากแบบสอบถามชุดที่ 2 มาวิเคราะห์หาความสอดคล้อง โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median, Mdn) และค่าการกระจายควอไทล์ (Interquartile range, Q) ของข้อความแต่ละข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามชุดที่ 3 มาโดยใส่ค่ามัธยฐาน ค่าการกระจายควอไทล์และคะแนนคำตอบเดิมในรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญ

5. ส่งแบบสอบถามชุดที่ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญคนเดิมพร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบและให้เวลาการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ได้คำตอบคืน 30 ชุด

6. นำคำตอบจากแบบสอบถามชุดที่ 3 มาวิเคราะห์เช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 2

7. เนื่องจากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบเล็กน้อยและการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ทำให้ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนไปจนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นจึงไม่ต้องส่งแบบสอบถามรอบที่ 4 เพราะตามเทคนิคเดลฟาย สามารถกระทำได้ตั้งแต่ 2-4 รอบ (สุรินทร์ ศลโกศุม, 2528:3) ผู้วิจัยคัดเลือกข้อความในแบบสอบถามชุดที่ 3 ที่มีค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 และค่ามัธยฐานสูงกว่า 9 มารวบรวมเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาล

1. คัดเลือกผู้ชำนาญการโดยจัดกลุ่มโรงพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ได้ผู้ชำนาญการ 100 คน

2. ขอความร่วมมือในการตอบสอบถามโดยผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลประจำโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยการส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์พร้อมซองติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ส่งถึงผู้วิจัยและได้แนบหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย รวมทั้งชี้แจงการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด

3. รวบรวมแบบสอบถามจากผู้ชำนาญการกลับคืนมาจำนวน 85 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85 เป็นแบบสอบถามที่ได้รับจากผู้ชำนาญการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 6 ชุด (7.06 %) โรงพยาบาลส่วนกลาง 6 ชุด (7.06 %) โรงพยาบาลศูนย์ 15 ชุด (17.64 %) และโรงพยาบาลทั่วไป 58 ชุด (68.24 %)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาล

1. ผู้วิจัยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 1 ทั้ง 36 ท่าน มาหาความเห็นสอดคล้องกันโดยให้แต่ละข้อความในร่างมาตรฐานนั้นมีผู้เชี่ยวชาญตอบว่า "ใช่" ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 หรือผู้เชี่ยวชาญไม่ต่ำกว่า 29 ท่าน ผู้วิจัยจึงนำข้อความนั้นไปสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2

2. ผู้วิจัยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ จากแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาจัดทำตารางแจกแจงความถี่เป็นรายชื่อ เพื่อดูว่าแต่ละข้อนั้น คำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับใด จำนวนเท่าใด แล้วนำข้อมูลในแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าการกระจาย คอลไฮล์ตามสูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2526:22-33)

$$Md_n = L + \frac{(.50 - cpb) i}{pw}$$

$$Q = P_{75} - P_{25}$$

$$P_{75} = L + \frac{(.75 - cpb) i}{pw}$$

$$P_{25} = L + \frac{(.25 - cpb) i}{pw}$$

Md_n, S	=	มัธยฐาน
L	=	ขีดจำกัดล่างของระดับที่เกี่ยวข้อง (จะมีทศนิยม .5 เสมอ)
cpb	=	สัดส่วนสะสมในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่เกี่ยวข้อง 1 ระดับ
pw	=	สัดส่วนที่ระดับที่เกี่ยวข้อง
i	=	อันตรภาคชั้นในที่นี้เท่ากับ 1 เสมอ
P_{75}	=	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75
P_{25}	=	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25
Q	=	ค่าการกระจายควอไทล์

3. นำค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์จากคำตอบรอบที่ 3 มาพิจารณาเลือกข้อความเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน โดยเลือกข้อความที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายน้อยกว่า 2 ซึ่งถือว่ามีความตรงของเนื้อหาตามเทคนิคเดลฟาย

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง

1. นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำนาญการทั้งหมดมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. นำคำตอบของผู้ชำนาญการที่ตอบด้านมาตรฐานเชิงกระบวนการว่าไม่ได้ปฏิบัติและปฏิบัติเป็นครั้งคราว มาหาค่าเป็นร้อยละ
3. นำคำตอบของผู้ชำนาญการที่ตอบด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ว่า "ไม่ได้ผล" มาหาค่าเป็นร้อยละ โดยใช้สูตร (รำไพ สุขสวัสดิ์, 2524: 27)

$$\% = \frac{100X}{N}$$

$$\% = \text{ร้อยละ}$$

$$N = \text{จำนวนผู้ชำนาญการที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$$

$$X = \text{จำนวนผู้ชำนาญการที่ตอบหลายข้อ}$$

4. สำหรับเหตุผลของการที่ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นครั้งคราวและไม่ได้ผลผู้วิจัยจะนำมาอภิปรายผล โดยไม่ตัดข้อความดังกล่าว ออกจากมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้น

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนและการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในประเทศ ผลการวิจัยนำเสนอในลักษณะของตารางประกอบการบรรยายแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ตามเทคนิคเดลฟายซึ่งดำเนินการสร้างโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามของร่างมาตรฐานการพยาบาลนี้รวม 3 รอบ จากจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 36 ท่าน มีเพียง 30 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ที่ให้คำตอบที่สมบูรณ์ได้มาตรฐานทั้งหมด 10 มาตรฐาน และนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ส่วนดังนี้

- 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ
- 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบ
- 3 รายละเอียดของมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ในสถานการณ์จริงของผู้ชำนาญการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในประเทศ โดยให้ผู้ชำนาญการตอบแบบสอบถามของมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้น จากจำนวนผู้ชำนาญการ 100 ท่าน ได้แบบสอบถามคืน 85 ท่านคิดเป็นร้อยละ 85 และนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ชำนาญการ
2. ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนในสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวุฒิการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติและประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตาม อายุ วุฒิการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติและประสบการณ์การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติค ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ข้อมูล	จำนวน (N = 30)	ร้อยละ
อายุ		
25-35 ปี	13	43.3
36-45 ปี	14	46.7
46-55 ปี	3	10
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	40
ปริญญาโท	8	26.7
ปริญญาเอก	8	26.7
วุฒิปริญญาตรีสาขาศึกษาศาสตร์	2	0.6
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลส่วนกลาง	12	40
โรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย	14	46.7
โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค	4	13.3
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ		
บริการพยาบาล	10	33.3
การศึกษายาบาล	9	30
การรักษาและการศึกษา	11	36.7
ประสบการณ์การรักษายาบาลผู้ป่วยประเภทนี้		
5-10 ปี	9	30
11-15 ปี	9	30
16-20 ปี	9	30
มากกว่า 20	3	10

ตารางที่ 6 พบว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นการรักษาและการศึกษามากที่สุด ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5 - 20 ปี

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบและรายละเอียดของมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนดังนี้

2.1 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 พบว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าร่างมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นเป็นกิจกรรมการพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนซึ่งพบได้จริง จะเห็นได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยในแต่ละข้อความตั้งแต่ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 100 แต่ในข้อความเหล่านั้นควรปรับปรุงให้ถูกต้องและสมบูรณ์ตามที่ได้เสนอแนะ โดยผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะไว้อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา การใช้ภาษาให้มีความชัดเจนและเป็นที่น่าสนใจตรงกัน รายละเอียดแต่ละมาตรฐานดังแสดงตามตารางที่ 7 ถึงตารางที่ 16

ตารางที่ 7 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคจากการตกเลือด

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1.1	83	1.1	85	- หัวข้อมาตรฐานควรใช้คำว่าปลอดภัยจาก ภาวะช็อคแทนคำว่าไม่เกิด จัดลำดับกิจ กรรมการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ โดยให้มีการบันทึกสัญญาณชีพเป็นข้อที่ 1 และถ้าพบสัญญาณชีพผิดปกติจึงรายงานแพทย์ เป็นข้อที่ 2 พร้อมกับสังเกตและบันทึกการ ตกเลือดเป็นข้อ 3 ซึ่งในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญ ได้เสนอให้เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล 1 ข้อย่อย คือสังเกตและบันทึกอาการการ ตกเลือดภายในช่องท้องซึ่งพบได้จากอาการ ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด หน้าท้อง แข็งตึง ร่วมกับสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ข้อที่ 4 ซึ่งเลื่อนมาจากข้อที่ 7 เป็นการ ปฏิบัติการพยาบาลในขณะคอยแพทย์เมื่อพบ มีการตกเลือดภายในร่างกาย ในมาตรฐาน ที่ 1 นี้ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้มีการเพิ่มผลการ พยาบาล 2 ข้อได้แก่ ข้อที่ 6 รีมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าไม่ซีดหรือไม่เขียวคล้ำและ ข้อที่ 7 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
1.2	85	1.2	82	
1.3	90	1.3	82*	
1.4	84	2	83	
1.5	86	3	85	
2	90	4	92**	
3	92	5	83	
4	95**			
5	83*			
6	88			
7	85			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 7 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 95 % คะแนนต่ำสุด 83 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 92 % คะแนนต่ำสุด 82 %

ตารางที่ 8 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1.1	80 [*]	1	94	ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะอย่างกว้างขวาง เช่น กิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 4 สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีการขาดน้ำเสนอให้นำข้อย่อย 4.3 ปริมาณปัสสาวะลดลงน้อยกว่า 0.5 ซี.ซี. ต่อ ก.ก.ต่อ ช.ม. มาเป็นข้อ 4.2 และข้อย่อย 4.2 เดิม ความตึงตัวของผิวหนังลดลงไว้เป็นลำดับสุดท้ายคือข้อ 4.4 โดยให้เหตุผลว่า ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะขาดน้ำอาการที่พบบ่อยคือปริมาณปัสสาวะจะลดน้อยลงส่วนความตึงตัวของผิวหนังจะพบได้ในรายที่เป็นผู้สูงอายุหรือขาดน้ำในปริมาณมากแล้วกิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 5 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินผู้เชี่ยวชาญได้เพิ่มเติมอาการที่อาจพบได้ในภาวะน้ำเกินอีก 3 ข้อย่อยได้แก่ 5.5 หัวใจเต้นเร็ว และ 5.7 ปริมาณน้ำและสารเหลวที่เข้าสู่ร่างกายไม่สัมพันธ์กันและ 5.8 ผิวหนังเย็นขึ้นปลายมือปลายเท้าและเล็บเขียวออก จากนั้นผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม กิจกรรมการพยาบาล ข้อใหญ่ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการตวงน้ำและปัสสาวะ
1.2	85	2	96 ^{**}	
1.3	85	3	93 [*]	
2	80			
3	85			
4.1	90			
4.2	88			
4.3	95 [*]			
4.4	95			
5.1	95			
5.2	89			
5.3	88			
5.4	80			
5.5	94			
6.1	82			
6.2	80			
6.3	85			
6.4	80			
6.5	82			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละระดับ

** ค่าสูงสุดในแต่ละระดับ

จากตารางที่ 8 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนนสูงสุด 95 % คะแนนต่ำสุด 80 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 96 % คะแนนต่ำสุด 93 %

ตารางที่ 9 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	90	1	100**	ในหัวข้อมาตรฐานผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อ เสนอแนะว่าในเรื่องความเจ็บปวดจากแผล ผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดชนิด เสพติดทุกราย ฉะนั้นในจุดประสงค์หรือหัวข้อ มาตรฐานควรจะให้ครอบคลุมในเรื่องยาบรรเทา ปวดชนิดเสพติดด้วยจึงเพิ่มเติมหัวข้อมาตรฐาน ที่ 3 เป็น ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจาก แผลผ่าตัดและปลอดภัยจากอาการข้างเคียง ของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด ในกิจกรรม การพยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้มีการ จัดลำดับกิจกรรมการพยาบาล และเพิ่มเติม อีก 1 ข้อได้แก่ ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออก ถึงความเจ็บปวดและเพิ่มเติมผลการพยาบาล 2 ข้อได้แก่ ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางแจ่มใส และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ไม่น้อยกว่า 6-8 ชั่วโมง
2	100**	2	100	
3	100	3	97	
4	95	4	85*	
5	98			
6	80*			
7	95			
8	90			
9	89			
10	87			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 9 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 100 % คะแนนต่ำสุด 80 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 100 % คะแนนต่ำสุด 85 %

ตารางที่ 10 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1.1	90	1	96**	ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะว่าควรรวมกิจกรรมการพยาบาลข้อย่อย 1.1 และ 1.2 เข้าด้วยกันเนื่องจาก เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ร่วมกันและให้หัวข้อ 2 ใหญ่เป็นข้อ 1.2 ย่อย เนื่องจากเป็นกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะท้องอืดเหมือนกัน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะว่าภายหลังผ่าตัดและ OFF สาย N.G. Tube แล้ว ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะท้องอืดได้จึงเพิ่มเติมกิจกรรมในข้อที่ 7 รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืดในรายการที่ OFF สาย N.G. tube แล้ว และเพิ่มเติมผลการพยาบาลจากเดิม 3 ข้อได้แก่ (3) ผู้ป่วยสามารถเรอหรือผายลมได้ภายหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง (4) มีสารเหลวจากกระเพาะอาหาร N.G. Tube อย่างสม่ำเสมอและ (5) ผู้ป่วยมีท่าทางและสีหน้า สดชื่นสบายสำหรับเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้
1.2	93	2	95	
1.3	95**	3	90*	
1.4	84			
2	85			
3	87			
4	90			
5	84			
6	86			ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะว่าควรไว้ในลำดับสุดท้าย เพราะภายหลังผ่าตัดในระยะแรกลำไส้ยังไม่ทำงาน
7	84*			
8	85			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 10 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนนสูงสุด 95 % คะแนนต่ำสุด 84 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 96 % คะแนนต่ำสุด 90 %

ตารางที่ 11 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจาก การคาสายยางจาก
กระเพาะอาหาร (N.G. Tube)

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	94	1	82	กิจกรรมการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเห็น
2	95**			ด้วยแต่ให้เรียงลำดับข้อความใหม่และปรับ
3	82			ปรุงข้อความให้ครอบคลุมมากขึ้นและได้
4	81*			เพิ่มเติมผลของการพยาบาลอีก 3 ข้อได้
5	93			แก่ (2) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติ
6	84			ตนตามคำแนะนำได้ถูกต้องในระหว่างการ
				คาสายยางทางจมูก (3) ผู้ป่วยมีความ
				เข้าใจถึงความจำเป็นและเห็นประโยชน์
				ในการใส่สาย N.G. Tube และระวัง
				ไม่ให้สายยางเลื่อนหลุดก่อนเวลาที่แพทย์สั่ง
				OFF (4) ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บคอเจ็บจมูก
				หรือเจ็บน้อยลง

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 11 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 95 % คะแนนต่ำสุด 81 %

ตารางที่ 12 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปวดแสบและปวดบวม

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	83	1	98**	ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปวดแสบและปวด
2	94	2	90	บวม ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะอย่างกว้าง
3	100**	3	90	ขวาง โดยเฉพาะภายหลังการผ่าตัด 24
4	95	4	54*	ชั่วโมงแรก จะต้องส่งเสริมให้ปวดขยาย
5	100	5	82	ตัวเต็มที่ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการ
6	98	6	85	เคลื่อนไหวได้โดยเร็วที่สุดนั้นผู้เชี่ยวชาญ
7	85	7	90	มีความเห็นว่าผู้ป่วยควรจะได้รับยาบรรเทา
8	83*			ปวดอย่างเพียงพอเสียก่อนจึงให้ความร่วม
9	90			มือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจึงนำ
10.1	86			มาไว้เป็นข้อแรกโดยมีกิจกรรมการปฏิบัติ
10.2	98			การพยาบาลเป็นข้อย่อยส่วนอาการของ
11.1	85			ภาวะปวดแสบ ผู้เชี่ยวชาญให้เพิ่มเติมอาการ
11.2	86			หายใจเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้นอีก 1 ข้อ อาการ
11.3	94			ภาวะปวดบวมนั้น จะสังเกตอาการมิใช่สูง
11.4	98			เพียงอย่างเดียวไม่ได้เพราะอาจจะเกิด
				จากการติดเชื้อมาร่วมด้วยผู้เชี่ยวชาญ
				จึงให้ระบุให้สังเกตอาการใช้สูงร่วมกับ
				อาการของระบบทางเดินหายใจด้วย ส่วน
				ในเรื่องผลการพยาบาลนั้น ผู้เชี่ยวชาญ
				ให้ตัดความสามารถในการโอเออาเสมอ
				ออกได้ โดยให้เหตุผลว่าไม่ใช่เกณฑ์ประเมิน
				ผู้ป่วยปลอดภัยจากปวดแสบและปวดบวม
				แต่เป็นเกณฑ์ประเมินการไอของผู้ป่วย

* ค่าต่ำสุดในแต่ละระดับ

** ค่าสูงสุดในแต่ละระดับ

จากตารางที่ 12 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีจำนวน
ผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความยกเว้นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 4 มีคะแนน 54 %
ซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนนสูงสุด 100 % คะแนนต่ำสุด 83 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนน
สูงสุด 98 % คะแนนต่ำสุด 54 % ซึ่งในข้อนี้ตัดทิ้งไปเนื่องจากคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ 80 %

ตารางที่ 13 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	96	1	100**	ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ตัดความ
2	85	2	98	ซ้ำซ้อนของข้อความออกเหลือเพียง 7 ข้อ
3	83	3	87	ใหญ่ 25 ข้อย่อยจากเดิม 12 ข้อใหญ่ 18
4	86	4	88*	ข้อย่อย ส่วนผลการพยาบาลนั้นให้คงเดิมไว้
5	88	5	89	ปรับปรุงข้อความเล็กน้อยและในหัวข้อมาตรฐาน
6	89			เปลี่ยนจากคำว่า "ไม่มี" เป็นคำว่า "ปลอดภัยจาก"
7	87			การติดเชื้อของแผลผ่าตัด โดยให้เหตุผลเพิ่ม
8.1	83			เติมว่า เพื่อจะได้ครอบคลุมกิจกรรมการ
8.2	85			พยาบาลในกรณีที่แผลผ่าตัดนั้นมีการติดเชื้อ
8.3	87			เกิดขึ้น
8.4	88			
8.5	86			
9.1	85			
9.2	84			
10	93			
11.1	87			
11.2	97**			
11.3	95			
11.4	82*			
11.5	84			
12.1	92			
12.2	94			
12.3	87			
12.4	94			
12.5	83			
12.6	86			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละระดับ

** ค่าสูงสุดในแต่ละระดับ

จากตารางที่ 13 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 97 % คะแนนต่ำสุด 82 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 100 % คะแนนต่ำสุด 88 %

ตารางที่ 14 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	98	1	80*	ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าข้อความส่วนใหญ่ครอบคลุมดีแต่ให้เพิ่มเติมอีก 1 ข้อใน ขณะผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ควรให้การ พยาบาลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ส่วนผลของการพยาบาลให้ปรับปรุงข้อความ บ้างเล็กน้อย
2	98	2	85**	
3	99**	3	82	
4	95	4	83	
5	96	5	84	
6	94			
7	94			
8	98			
9	93			
10	84*			
11	85			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 14 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 99 % คะแนนต่ำสุด 84 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 85 % คะแนนต่ำสุด 80 %

ตารางที่ 15 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	98	1	85*	ในหัวข้อมาตรฐานผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่า
2	99	2	90**	ควรระบุว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องอะไร
3	100**			ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล
4	96			เกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะ
5	100			ผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารมักเกิดกับคนยากจน
6	94			จึงมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย ดังนั้นจึง
7	90*			ควรระบุไว้ในหัวข้อมาตรฐานส่วนกิจกรรม
				การพยาบาลให้เพิ่มเติมอีก 1 ข้อในเรื่อง
				ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน
				และมีอาการดีขึ้นส่วนผลการพยาบาลเพิ่ม 1 ข้อ
				เช่นกันคือผู้ป่วยมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 15 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 100 % คะแนนต่ำสุด 90 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 90 % คะแนนต่ำสุด 85 %

ตารางที่ 16 อัตราร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบว่า "ใช่" และข้อเสนอแนะใน
มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

มาตรฐานเชิง กระบวนการ	ร้อยละ	มาตรฐาน ผลลัพธ์	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ
1	87	1	84*	กิจกรรมการพยาบาลและการผลการ
2.1	96	2	98**	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างครอบคลุมแล้วแต่ควรแก้ไขสำนวนข้อความนั้นให้
2.2	100**	3	98	ถูกต้องและเพิ่มเติมกิจกรรมพยาบาล 3 ข้อ
2.3	94	4	95	ส่วนผลการพยาบาลเพิ่มอีก 1 ข้อในเรื่อง
2.4	90			ความร่วมมือของญาติผู้ป่วย สำหรับหัวข้อมาตรฐาน
2.5	83			มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านให้ความเห็นว่าควรระบุ
2.6	88			ว่าภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดโดยตรง
2.7	85			และเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อให้
2.8	92			ครอบคลุมทุกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย
2.9	86			
3.1	89			
3.2	86			
3.3	84			
4	92			
5	95			
6	82*			
7	95			
8	95			

* ค่าต่ำสุดในแต่ละระดับ

** ค่าสูงสุดในแต่ละระดับ

จากตารางที่ 16 พบว่าข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อความซึ่งมาตรฐานเชิงกระบวนการมีคะแนน
สูงสุด 100 % คะแนนต่ำสุด 82 % และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีคะแนนสูงสุด 98 % คะแนนต่ำสุด 84 %

2.2 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อความในร่างมาตรฐาน โดยข้อความส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยในระดับสูงและค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 (ดังแสดงในตารางที่ 17-26) แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเป็นเอกฉันท์ แต่อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะอย่างกว้างขวางในเรื่องต่าง ๆ เหมือนในรอบที่ 1 เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขและเพิ่มเติมให้มีความถูกต้องและครอบคลุมให้มากที่สุด ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3

2.3 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 พบว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 17-26) แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด จึงนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ตารางที่ 17 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1	10.75	10.75	1.40	1.40	1.1	10.67**	10.75**	1.22	0.99*
2	10.67	10.71	1.48	1.33	1.2	10.41	10.50	1.14	1.00
3.1	10.87	10.90	0.63	0.60	2	10.56	10.62	1.25**	1.11
3.2	10.82	10.82	0.69	0.69	3	10.25*	10.27*	1.25	1.11
3.3	10.79	10.82	0.94	0.76	4	10.32	10.32	1.04	1.04
3.4	10.71	10.75	1.19	0.75	5	10.50	10.50	1.21	1.21**
3.5	10.92**	10.92**	0.58*	0.58	6	10.62	10.62	1.11	1.11
3.6	10.79	10.79	0.99	0.99	7	10.67	10.67	1.03*	1.03
4.1	10.56	10.56	1.33	1.33					
4.2	10.56	10.56	1.18	1.18					
4.3	10.14	10.20*	1.14	1.00					
4.4	10.82	10.85	0.68	0.54*					
4.5	10.82	10.25	0.74	0.74					
4.6	9.84*	10.82	2.82**	2.56**					
5	10.75	10.75	1.14	1.14					
6	10.87	10.87	0.63	0.63					
7	10.75	10.79	0.98	0.89					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสตมภ์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสตมภ์

จากตารางที่ 17 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.92 ต่ำสุดคือ 9.84 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 2.82 ต่ำสุดคือ 0.58 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.92 ต่ำสุดคือ 10.20 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 2.56 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.54 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.67 ต่ำสุดคือ 10.25 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.25 ค่าต่ำสุด 1.03 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.75 ต่ำสุดคือ 10.27 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุด 1.21 ต่ำสุด 0.99 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 ยกเว้นข้อ 4.6 ในมาตรฐานเชิงกระบวนการเพียงข้อเดียวที่มีค่าการกระจายควอไทล์มากกว่า 2 จึงตัดข้อความดังกล่าวออก ข้อความที่เหลือนำไปสร้างเป็น มาตรฐานการพยาบาลได้

ตารางที่ 18 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1.1	10.71	10.75	1.00	0.91	1	10.75	10.75	0.90	0.90
1.2	10.75	10.75	0.90	0.90	2	10.79**	10.79**	0.81*	0.81*
1.3	10.82**	10.82	0.72*	0.72	3	10.67*	10.67*	1.08**	1.08**
2	10.79	10.79	0.89	0.89					
3	10.71	10.75	1.11	0.99					
4.1	10.67	10.71	1.22	1.11					
4.2	10.79	10.85**	0.85	0.65					
4.3	10.82**	10.82	0.73	0.73					
4.4	10.62	10.62	1.48**	1.48**					
5.1	10.82**	10.85**	0.76	0.63*					
5.2	10.79	10.85**	0.89	0.63*					
5.3	10.67	10.71	1.08	1.05					
5.4	10.67	10.67	1.14	1.44					
5.5	10.50*	10.50*	1.12	1.12					
5.6	10.75	10.75	0.99	0.99					
5.7	10.56	10.56	1.34	1.34					
5.8	10.75	10.75	1.05	1.05					
6.1	10.79	10.79	0.81	0.81					
6.2	10.62	10.62	1.06	1.06					
6.3	10.79	10.79	0.81	0.81					
6.4	10.75	10.75	0.94	0.94					
7	10.75	10.75	0.99	0.99					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 18 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มีมาตรฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.50 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.48 ต่ำสุดคือ 0.72 ในรอบที่ 3 มีมาตรฐานสูงสุดคือ 10.85 ต่ำสุดคือ 10.50 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.48 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.63 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีค่ามีมาตรฐานและค่าการกระจายควอไทล์เท่ากันคือ มีมาตรฐานสูงสุด 10.79 ต่ำสุด 10.67 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.08 ค่าต่ำสุด 0.81 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามีฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

ในมาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเส้นดัด พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มีมาตรฐานสูงสุดคือ 10.85 ต่ำสุดคือ 10.50 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.65 ต่ำสุดคือ 0.65 ในรอบที่ 3 มีมาตรฐานสูงสุดคือ 10.88 ต่ำสุดคือ 10.50 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.33 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.63 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีค่ามีฐานและค่าการกระจายควอไทล์เท่ากันคือมีฐานสูงสุด 10.82 ต่ำสุด 10.56 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุด 1.17 ค่าต่ำสุด 0.73 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามีฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเส้นติดย

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1	10.50 [*]	10.50 [*]	1.18	1.18	1	10.56 [*]	10.56 [*]	1.12	1.12
2	10.75	10.75	0.94	0.94	2	10.62	10.62	1.17 ^{**}	1.17 ^{**}
3	10.82	10.82	0.74	0.74	3	10.71	10.71	0.96	0.96
4	10.82	10.82	0.73	0.73	4	10.62	10.62	1.17	1.17
5	10.79	10.85	0.85	0.65	5	10.79	10.79	0.85	0.85
6	10.56	10.67	1.65 ^{**}	1.22	6	10.82 ^{**}	10.82 ^{**}	0.73 [*]	0.73 [*]
7	10.85 ^{**}	10.88 ^{**}	0.65 [*]	0.63 [*]					
8	10.71	10.71	1.11	1.11					
9	10.75	10.75	0.99	0.99					
10	10.62	10.67	1.47	1.33 ^{**}					
11	10.62	10.67	1.47	1.33					

****** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

***** ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

ตารางที่ 20 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1.1	10.92**	10.92**	0.58*	0.58*	1	10.62	10.62	1.02*	1.02*
1.2	10.90	10.90	0.60	0.60	2	10.62	10.62	1.02*	1.02*
1.3	10.85	10.85	0.65	0.65	3	10.71**	10.71**	1.03	1.03
1.4	10.75	10.75	0.94	0.94	4	10.41	10.41	1.21	1.21
2	10.82	10.82	0.74	0.74	5	10.71	10.71	1.03	1.03
3	10.62	10.62	1.48	1.48	6	10.22*	10.28*	2.51**	1.75**
4	10.67	10.67	1.70	1.70					
5	10.79	10.79	0.85	0.85					
6	10.71	10.75	1.11	0.99					
7	10.85	10.85	0.65	0.65					
8	10.00*	10.22*	2.44**	2.25**					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสดมภ์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสดมภ์

จากตารางที่ 20 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.92 ต่ำสุดคือ 10.00 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 2.44 ต่ำสุดคือ 0.58 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.92 ต่ำสุดคือ 10.22 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 2.25 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.58 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.71 ต่ำสุดคือ 10.22 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 2.51 ค่าต่ำสุด 1.02 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.71 ต่ำสุดคือ 10.28 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุด 1.75 ต่ำสุด 1.02 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 ยกเว้นข้อ 8 ในมาตรฐานเชิงกระบวนการเพียง 1 ข้อที่มีค่าการกระจายควอไทล์มากกว่า 2 จึงตัดข้อความดังกล่าวออก ส่วนข้อความที่เหลือนำไปสร้างเป็นมาตรฐานได้

ตารางที่ 21 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคายยางจากกระเพาะอาหาร (N.G.Tube)

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1	10.85	10.85	0.65	0.65	1	10.79	10.79	0.71	0.71
2	10.87	10.87	0.63	0.63	2	10.82**	10.82**	0.68*	0.68*
3	10.90**	10.90**	0.60*	0.60*	3	10.79	10.79	0.71	0.71
4	10.67*	10.71*	1.48**	0.79**	4	10.56*	10.56*	0.94**	0.94**
5	10.75	10.75	0.75	0.75**					
6	10.71	10.71	0.79	0.79**					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 21 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.90 ต่ำสุดคือ 10.67 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.48 ต่ำสุดคือ 0.60 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.90 ต่ำสุดคือ 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 0.79 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.60 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.56 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 0.94 ค่าต่ำสุด 0.68 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.56 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุด 1.12 ต่ำสุด 0.68 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

ตารางที่ 22 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวม (Pneumonia)

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1.1	10.75	10.79	0.98	0.85	1	10.82**	10.85**	0.74*	0.64*
1.2	10.87**	10.87	0.63*	0.63	2	10.79	10.79	0.81	0.81
2	10.87**	10.90**	0.63*	0.60*	3	10.82**	10.82	0.74*	0.74
3	10.85	10.90**	0.65	0.60*	4	10.79	10.82	0.94	0.74
4	10.75	10.75	1.13	1.13	5	10.79	10.82	0.94	0.74
5	10.79	10.79	0.94	0.94	6	10.71*	10.71*	1.05**	1.05**
6	10.85	10.85	0.65	0.65					
7	10.82	10.82	0.78	0.78					
8.1	10.79	10.79	0.85	0.85					
8.2	10.75	10.79	0.93	0.83					
8.3	10.82	10.85	0.68	0.64					
9.1	10.39*	10.50*	1.40**	1.33**					
9.2	10.67	10.71	1.08	1.00					
9.3	10.75	10.75	0.99	0.99					
9.4	10.71	10.71	1.05	1.05					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 22 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.87 ต่ำสุดคือ 10.43 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.40 ต่ำสุดคือ 0.63 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.90 ต่ำสุดคือ 10.50 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.33 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.60 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 0.94 ค่าต่ำสุด 0.68 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.85 ต่ำสุดคือ 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุด 0.81 ต่ำสุด 0.64 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

ตารางที่ 23 คำนวณและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 7 ผู้วิจัยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1.1	10.92	10.92	0.57	0.57	1	10.82**	10.82**	0.72*	0.72*
1.2	10.82	10.82	0.74	0.74	2	10.75	10.75	0.94	0.94
1.3	10.85	10.85	0.59	0.59	3	10.56	10.56	1.25	1.25
1.4	10.82	10.82	0.73	0.73	4	10.28*	10.39*	1.66**	1.40**
1.5	10.85	10.85	0.60	0.60	5	10.67	10.67	1.14	1.14
2	10.75	10.75	0.94	0.94					
3.1	10.40	10.40*	1.32	1.32					
3.2	10.50	10.50	1.25	1.25					
3.3	10.38*	10.50	1.52	1.44					
3.4	10.56	10.56	1.25	1.25					
3.5	10.82	10.82	0.74	0.74					
4.1	10.56	10.56	1.61**	1.61**					
4.2	10.75	10.75	0.99	0.99					
5	10.90	10.92	0.60	0.57					
6.1	10.85	10.85	0.57	0.57					
6.2	10.67	10.71	1.31	1.19					
6.3	10.75	10.75	0.99	0.99					
6.4	10.87	10.87	0.63	0.63					
6.5	10.71	10.75	1.31	1.13					
7.1	10.85	10.85	0.65	0.65					
7.2	10.87	10.87	0.63	0.63					
7.3	10.92	10.92	0.58	0.58					
7.4	10.98**	10.98**	0.52*	0.52*					
7.5	10.90	10.90	0.60	0.60					
7.6	10.85	10.85	0.65	0.65					
7.7	10.71	10.75	1.19	1.02					
7.8	10.67	10.71	1.03	0.96					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 23 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มีฐานสูงสุดคือ 10.98 ต่ำสุดคือ 10.38 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.61 ต่ำสุดคือ 0.52 ในรอบที่ 3 มีฐานสูงสุดคือ 10.98 ต่ำสุดคือ 10.40 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.61 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.52 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มีฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.28 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.66 ค่าต่ำสุด 0.72 ในรอบที่ 3 มีฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.39 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุด 1.40 ต่ำสุด 0.72 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามีฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

ตารางที่ 24 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1	10.79	10.82	0.94	0.76	1	10.50	10.50	1.25	1.25
2	10.82**	10.85**	0.93	0.65*	2	10.38*	10.39*	1.62**	1.29**
3	10.82	10.82	0.78*	0.78	3	10.39	10.39*	1.29	1.29**
4	10.79	10.79	1.01	1.01	4	10.56	10.56	1.25	1.25
5	10.75	10.75	0.99	0.99	5	10.67**	10.67**	1.14*	1.14*
6	10.62	10.62	1.25	1.25					
7	10.67	10.67	1.14	1.14					
8	10.71	10.71	1.05	1.05					
9	10.75	10.75	1.13	1.13					
10	10.56*	10.56*	1.46**	1.46**					
11	10.79	10.79	0.89	0.89					
12	10.75	10.75	1.05	1.05					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสัปดาห์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสัปดาห์

จากตารางที่ 24 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.56 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.46 ต่ำสุดคือ 0.78 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.85 ต่ำสุดคือ 10.56 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.46 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.65 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.67 ต่ำสุดคือ 10.38 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.62 ค่าต่ำสุด 1.14 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.67 ต่ำสุดคือ 10.39 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุด 1.29 ต่ำสุด 1.14 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

ตารางที่ 25 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1	10.71*	10.71*	1.00	1.00	1	10.71**	10.71	0.96*	0.96*
2	10.75	10.75	0.94	0.94	2	10.71	10.71	0.96*	0.96*
3	10.75	10.75	0.94	0.94	3	10.67*	10.71	1.08**	1.00**
4	10.75	10.75	1.08**	1.08**					
5	10.82	10.82	0.72	0.72					
6	10.79	10.79	0.83	0.83					
7	10.79	10.79	0.85	0.85					
8	10.75	10.75	0.94	0.94					
9	10.85**	10.85**	0.65*	0.65*					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสดมภ์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสดมภ์

จากตารางที่ 25 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีค่ามัธยฐานและการกระจายควอไทล์เท่ากันคือมัธยฐานสูงสุด 10.85 ต่ำสุด 10.71 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.08 ต่ำสุดคือ 0.65 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.71 ต่ำสุดคือ 10.67 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.08 ค่าต่ำสุด 0.96 ในรอบที่ 3 มัธยฐานเท่ากันทั้ง 3 ข้อคือ 10.71 ค่ากระจายควอไทล์สูงสุด 1.00 ต่ำสุด 0.96 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

ตารางที่ 26 ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ในมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในมาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

มาตรฐานเชิงกระบวนการ					มาตรฐานเชิงผลลัพธ์				
ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์		ลำดับ	มัธยฐาน		การกระจายควอไทล์	
	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3		รอบ 2	รอบ 3	รอบ 2	รอบ 3
1	10.75	10.82	1.12	0.76	1	10.71**	10.71**	0.96*	0.96*
2.1	10.79	10.79	0.85	0.85	2	10.67	10.67	0.99	0.99
2.2	10.79	10.79	0.85	0.85	3	10.62*	10.62*	1.02**	1.02**
2.3	10.82**	10.82**	0.74	0.74	4	10.62*	10.62*	1.02**	1.02**
2.4	10.67	10.67	1.14	1.14	5	10.62*	10.62*	1.02**	1.02**
2.5	10.71	10.71	0.99	0.99					
2.6	10.71	10.71	0.85	0.85					
2.7	10.71	10.75	1.31	0.99					
2.8	10.79	10.79	0.83	0.83					
2.9	10.71	10.71	0.96	0.96					
3.1	10.75	10.75	0.91	0.91					
3.2	10.75	10.75	0.88	0.88					
3.3	10.62	10.62	1.06	1.06					
4	10.71	10.71	1.00	1.00					
5	10.67	10.67	1.14	1.14					
6	10.52*	10.56*	1.58**	1.46**					
7	10.75	10.75	0.91	0.91					
8	10.67	10.67	1.14	1.14					
9	10.71	10.71	0.96	0.96					
10	10.82	10.82	0.73*	0.73*					

** ค่าสูงสุดในแต่ละสแตมภ์

* ค่าต่ำสุดในแต่ละสแตมภ์

จากตารางที่ 26 พบว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการในรอบที่ 2 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.52 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.58 ต่ำสุดคือ 0.73 ในรอบที่ 3 มัธยฐานสูงสุดคือ 10.82 ต่ำสุดคือ 10.56 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุดคือ 1.46 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.73 และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์เท่ากันคือมัธยฐานสูงสุด 10.71 ต่ำสุด 10.62 ค่าการกระจายควอไทล์สูงสุด 1.02 ค่าต่ำสุด 0.96 จะเห็นได้ว่าข้อความทุกข้อความมีค่ามัธยฐานมากกว่า 9 และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 จึงสามารถนำข้อความทุกข้อความไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้

2.4 แสดงมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร
ออกบางส่วน จำนวน 10 มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ 148 ข้อ และ
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 51 ข้อ ซึ่งรายละเอียดของมาตรฐานการพยาบาล มีดังต่อไปนี้

- มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด
- มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์
- มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการ
ข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด
- มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด
- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากคาสายยางจากกระเพาะอาหาร
(N.- G. Tube)
- มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม
- มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
- มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ
- มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้
ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งเมื่อเข้าสู่ระดับปกติ เปลี่ยนเป็นทุก 30 นาทีอีก 4 ครั้ง จึงเปลี่ยนเป็นทุกชั่วโมง 4 ครั้ง จึงจะเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัดและต่อไปบันทึกวันละ 3 ครั้ง เวลา 6.00 น., 14.00 น. 18.00 น. ตลอดเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 2. รายงานแพทย์ทันที ถ้าพบว่าชีพจรเบาเร็ว เพิ่มขึ้นจากบันทึกครั้งก่อนร้อยละ 20 และความดันโลหิตลดลงจากการบันทึกครั้งก่อน ร้อยละ 20 3. สังเกตและบันทึกอาการตกเลือดจากรายงานแพทย์ทันที ถ้าพบสิ่งต่อไปนี้ 3.1 สารเหลวที่ตูดออกจากกระเพาะอาหาร เป็นเลือดสด ๆ มีปริมาณเพิ่มขึ้นมากกว่า 50 ซี.ซี./ชั่วโมง 3.2 อาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด จำนวนมากกว่า 50 ซี.ซี. 3.3 ผ่าตีกดแต่งแผลเปื่อยชุ่มด้วยเลือดสดและเมื่อตีกดแต่งแผลใหม่ด้วย Pressure dressing และยังเปื่อยชุ่มอีก 3.4 พบมีก้อนเลือด (Hematoma) บริเวณขอบแผลผ่าตัดและมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ 3.5 สิ่งระบายจากท่อระบายบริเวณช่องท้อง เป็นเลือดสดร่วมกับมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง	1. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติได้แก่ 1.1 ชีพจรเต้นสม่ำเสมอในอัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที 1.2 ค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิตและไดแอสโตลิต ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 มม.ปรอทของความดันโลหิตปกติของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหรือ ไม่ต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท 2. ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5-1 ซี.ซี.ต่อ กก./ชม./หรือไม่น้อยกว่า 30 ซี.ซี. ต่อ ชม.และ กพ.ของปัสสาวะอยู่ระหว่าง 1.010-1.020 3. ค่าฮีโมโกลมินไม่ต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์ หรือไม่ต่ำกว่า 14 กรัมเปอร์เซ็นต์ในชายและ 12 กรัมเปอร์เซ็นต์ในหญิง 4. ค่าฮีมาโตคริตไม่น้อยกว่า 30% (หรืออยู่ในระหว่าง 40-45%ในชายและ 35-40%ในหญิง) 5. ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังอุ่น ชุ่มชื้น 6. ริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าไม่ซีดหรือไม่เขียวคล้ำ 7. รู้สึกตัวดี

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
3.6 มีอาการปวดท้องแน่นท้อง ท้องอืด หน้าท้องแข็งตึง ร่วมกับสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง 4. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แสดงว่ามีการตกเลือดภายในร่างกาย ซึ่งได้แก่ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้นและเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในขณะที่ยังคงแพทย์ให้ปฏิบัติดังนี้ 4.1 เพิ่มอัตราไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย Ringer lactate ในอัตราที่เร็วขึ้น แต่ไม่เกิน 50 หยดต่อนาทีหรือ 120-200 ซี.ซี./ชั่วโมง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 4.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนราบและยกปลายเท้า 15-30 องศาและห่มผ้าให้ร่างกายอบอุ่น 4.3 ให้ออกซิเจนในอัตรา 4-6 ลิตร/นาทีทางสาย Canula 4.4 บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงถ้าจำนวนน้อยกว่า 30 ซี.ซี./ชั่วโมง(หรือ0.5ซี.ซี.ต่อ ก.ก.ต่อ ชม.) รายงานให้แพทย์ทราบ พร้อมทั้งส่งตรวจหา ถ.พ. ของปัสสาวะตามแผนการรักษา 4.5 เจาะเลือดหาค่าฮีมาโตคริตทันทีและทุก 4-6 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาและควรรายงานให้แพทย์ทราบ เมื่อพบว่าค่าฮีมาโตคริตลดลงมากกว่า 3% หรือลดลงเรื่อย ๆ พร้อมทั้งเตรียม Group matching ไว้ให้พร้อม เพื่อใช้ได้ทันที	

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
5. ดูแลให้สารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำโดยคำนวณอัตราการไหลของสารน้ำและจำนวนแต่ละ ซีซี./ชั่วโมง ให้เป็นไปตามแผนการรักษาและสภาพผู้ป่วยแต่ละบุคคล	
6. ดูแลให้ปลายเข็มอยู่ในหลอดเลือดโดยตึงแน่น ไม่เลื่อนหลุด ถ้าพบว่าการรั่วออกนอกหลอดเลือดต้องเปลี่ยนให้เรียบร้อยทันที	
7. บันทึกจำนวนสารน้ำและเลือดที่เข้าสู่ร่างกาย และสารเหลวที่ออกจากร่างกายอย่างละเอียด ทุก 8 ชั่วโมง	

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยต์

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
1. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ครบถ้วนตามแผนการรักษา โดย. 1.1 ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำให้ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 1.2 ดูแลปลายเข็มให้อยู่ภายในหลอดเลือดและตึงแน่น 1.3 สังเกตตำแหน่งที่ใส่สารน้ำถ้าพบมีการปวดหรือบวมแดงต้องเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้ใหม่ทันที 2. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับและที่ขับออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง 3. ติดตามผลการตรวจเลือดหาค่าอิเล็กโตรลัยต์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งรายงานแพทย์เมื่อทราบผลและพบค่าผิดปกติ 4. รายงานแพทย์ทันทีถ้าพบอาการและอาการแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำดังนี้ 4.1 สังเกตพบอาการกระหายน้ำ ริมฝีปากแห้ง 4.2 วัดปริมาณปัสสาวะพบว่าน้อยกว่า 0.5 ซี.ซี. ต่อ ก.ก. ต่อชั่วโมง 4.3 วัดความดันโลหิตพบต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว 4.4 สังเกตความตึงตัวของผิวหนังลดลง 5. รายงานแพทย์ทันทีถ้าพบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ได้รับน้ำเกินดังนี้ 5.1 สังเกตพบอาการกระสับกระส่าย เทนอีย หอบ นอนราบไม่ได้	1. ปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกายเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและมีความสมดุลกับจำนวนสารเหลวที่ออกจากร่างกาย 2. ค่าอิเล็กโตรลัยต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ -Na⁺ 135-145 mEq/L -K⁺ 3.5-5.5 mEq/L -HCO⁻ 25-30 mEq/L -Cl⁻ 96-108 mEq/L 3. ไม่มีอาการที่แสดงถึงการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยต์

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
5.2 สังเกตพบมีอาการ การไอและพบมีเสมหะ เป็นฟองสีขาว 5.3 ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitation) 5.4 วัดความดันโลหิตพบว่ามีความสูงขึ้นหรืออาจต่ำกว่าปกติ 5.5 ตรวจนับการเต้นของหัวใจพบว่ามียา การเต้นมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที 5.6 สังเกตพบว่าระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป 5.7 เปรียบเทียบปริมาณน้ำและสารเหลวที่เข้าสู่ร่างกายและออกจากร่างกายพบว่าไม่สัมพันธ์กัน 5.8 สังเกตพบผิวหนังเย็นชื้น ปลายมือปลายเท้าและเล็บเขียว	
6. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการและอาการแสดงของภาวะเสียดุลของอิเล็กโตรลัยต์โดยเฉพาะ โพแทสเซียม (K^+) สูงหรือต่ำกว่าปกติดังต่อไปนี้ 6.1 สังเกตพบกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกล้ามเนื้อกระตุกหรือมีอาการชัก 6.2 สังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดในขณะที่เครื่องดูดของเหลวจากกระเพาะอาหารทำงานปกติ 6.3 สังเกตว่ามีอาการง่วงซึม สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 6.4 ตรวจพบการเต้นของเสียงหัวใจพบเต้นผิดปกติจังหวะ ไม่สม่ำเสมอ	

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการทงวน้ำและปัสสาวะ	



มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการข้างเคียง
ของยาบรรเทาปวดชนิดเส่นติด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
- ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา - ตรวจวัดอัตราการหายใจและความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยาบรรเทาปวด โดยการฉีดชนิดเส่นติด ถ้าพบว่าอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที หรือความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท ควรรายงานแพทย์ก่อนให้ยาบรรเทาปวด - จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Semi Fowler's position หรือนอนในท่าที่สบาย - แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอริยาบถโดยหลีกเลี่ยงการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง - สอนวิธีการประคบแผลเมื่อมีอาการไอหรือจาม - ติดตามผลภายหลังการให้ยาผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดที่ให้ทุกครั้ง - รายงานแพทย์ทราบ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ยาบรรเทาปวดแล้วไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ - ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พุดจาปละบโยนให้กำลังใจและสัมผัสผู้ป่วยเบา ๆ ขณะผู้ป่วยมีอาการปวด	- ผู้ป่วยกล่าวว่าไม่ปวดแผลหรือปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าเดิม รู้สึกสบายขึ้นมากภายหลังได้รับยาบรรเทาปวดทุกครั้ง - ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงการเจ็บปวดใด ๆ หรือแสดงอาการปวดน้อยกว่าเดิม - ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนอริยาบถ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น - อัตราการเต้นของหัวใจการหายใจและความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ - ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส - สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ไม่น้อยกว่า 6-8 ชั่วโมง

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลัง ยาบรเทาปวดออกฤทธิ์ 10. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดระดับต่ำ เช่นให้อ่านหนังสือหรือฟังเพลงเบา ๆ 11. ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความเจ็บปวด.	

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
1. ดูแลให้ของเหลวไหลออกจากกระเพาะอาหารได้สะดวกและตลอดเวลาโดย 1.1 ทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องดูด (suction)ให้อยู่ในสภาพที่ทำงานได้ดีและตรวจสอบทุกเวอร์อย่างน้อยเวอร์ละ 1 ครั้ง ถ้าพบผิดปกติ แก้ไขทันที 1.2 ดูแลสายยางที่ต่อจากผู้ป่วยไปยังเครื่องดูดไม่ให้หักพับและงอและยึดแน่นกับเตียง โดยใช้เข็มกลัดกดติดกับผ้าปูที่นอนและมีความยาวพอที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวได้สะดวก 1.3 ตรึงสายยางจากกระเพาะอาหาร(N.G. Tube) ติดกับขมุกไม่ให้เลื่อนหลุด 1.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า (Semi-Fowler's position)หรือในท่าที่มีการระบายได้ดี 2. บันทึกจำนวน ลักษณะของของเหลวที่ออกจากกระเพาะอาหารทางสาย N.G. tube ทุก 8 ชั่วโมง 3. ป้อนสายยางที่ต่อจาก N-G tube ไปยังเครื่องดูดบ่อย ๆ ถ้าของเหลวจากกระเพาะอาหารมีลักษณะข้นเป็นตะกอน 4. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบว่ายังมีการอุดตันของสาย N-G tube ภายหลังใช้ Syringe เป่าลม 15-20 ซีซี. แล้วไม่ได้ผล	1. ผู้ป่วยไม่บ่นว่ามีอาการแน่นอึดอัดหรือจุดเสียดในท้อง รู้สึกสบายท้อง 2. หน้าท้องไม่โป่งตึง. 3. ผู้ป่วยสามารถเรอหรือผายลมได้ภายหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง 4. มีสารเหลวจากกระเพาะอาหาร(gastric content) ออกจาก N.G.tubeอย่างสม่ำเสมอ 5. ผู้ป่วยมีท่าทางสุขสบาย 6. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ได้ชัดเจนในอัตราที่มากกว่า 4-10 ครั้ง/นาที ภายหลังผ่าตัด 2-3 วัน

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและตะแคงตัวหลังผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมงและให้ลุกเดินโดยเร็วที่สุด 6. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ในเลือดถ้าพบว่าผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที โดยเฉพาะ K^+ ต่ำกว่า 3.5 mEq/L 7. รายงานแพทย์ เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืดในรายที่ OFF สาย N-G tube แล้ว	

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคาสายยางจากกระเพาะอาหาร (N - G tube)

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องใส่สายยางทางจมูกถึงกระเพาะอาหารการปฏิบัติตนในระหว่างใส่ระยะเวลาที่จะเอาสายยางออก - เลือกขนาดของสายยางให้พอเหมาะและความยาวเพียงพอที่ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้โดยไม่ดึงรั้งและตรึงสายยางไว้กับเตียงเสมอ ยกเว้นขณะทำกิจกรรมอื่น - ตรึงสายยางจากกระเพาะอาหารติดกับจมูกไม่ให้เลื่อนหลุด ระวังไม่ให้สายยางกดจมูก - เปลี่ยนพลาสติกเตอร์ที่ตรึงสายยางกับจมูกทุกครั้งที่สกปรกหรือมีปัญหา - ทำความสะอาดภายในรูจมูกข้างที่ใส่สายยางทุกวัน - กลั้วคอด้วยน้ำอุ่นและทาริมฝีปากด้วย Glycerine Borex หลังทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง	- ผู้ป่วยไม่บ่นรำคาญสายยางที่ใส่ไม่พยายามดึงสายยางออกเอง - ผู้ป่วยให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องในระหว่างการคาสายยางทางจมูก - ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความจำเป็นและเห็นประโยชน์ในการใส่สายยาง และระวังไม่ให้สายยางเลื่อนหลุดก่อนเวลาที่แพทย์สั่ง OFF - ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บคอ เจ็บจมูกหรือเจ็บลดน้อยลง

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวม (Pneumonia)

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
- กระตุ้นให้ปอดขยายตัวเต็มที่ภายหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง ภายหลังให้ยาบรรเทาปวด แผลผ่าตัดแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอโดย - จัดให้นอนในท่า Semi - Fowler's position หรือในท่าที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวก - กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก พลิกตัว และเคลื่อนไหวร่างกายทุก 2 ชม. ยกเว้นขณะผู้ป่วยหลับ - กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองและทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่สามารถทำได้เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า เช็ดตัว เป็นต้น - กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียง โดยเร็วที่สุดตามความสามารถของผู้ป่วย - กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยการหายใจลึกอย่างถูกวิธีด้วยอินเซนทีฟสปิโรมิเตอร์ (Incentive Spirometer) หรือเครื่องมือที่มีคุณสมบัติเหมือนกันเช่น เป่าขวด - ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดภายในช่องปากทุก 4-6 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ - สังเกตสี กลิ่น และจำนวนของเสมหะอย่างสม่ำเสมอ - วัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยทุก 4-6 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัด 2-3 วันแรก	- หายใจได้สม่ำเสมอในอัตรา 12-20 ครั้งต่อนาที - ทรวงอกมีการขยายตัวเท่ากับทั้ง 2 ข้าง - เสียงลมผ่านปอดได้ยินทั่วทุกกลีบปอดไม่มีเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) - อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เกิน 37.5 °C - ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ(ถ้ามีการทำหลังผ่าตัด) - ภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกปกติ (ถ้ามีการทำหลังผ่าตัด)

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
8. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะปอดแฟบซึ่งได้แก่ 8.1 สังเกตพบทรวงอกขยายตัวไม่เต็มที่หรือไม่เท่ากันขณะหายใจเข้า 8.2 ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้ง 2 ข้าง พบเสียงผิดปกติหรือได้ยินไม่ทั่วทุกกลีบปอด 8.3 ตรวจนับการหายใจพบมีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที 9. รายงานแพทย์ทันทีที่พบอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยมีปอดบวมซึ่งได้แก่ 9.1 วัดอุณหภูมิร่างกายพบว่าสูงกว่า 38 °C ร่วมกับข้อต่อป็น 9.2 สังเกตอาการไอพบมีเสมหะเหลืองปนเขียวค้ำยหนอง 9.3 ตรวจนับอัตราการหายใจพบมากกว่า 30 ครั้ง/นาทีและมีการหายใจเหนื่อยหอบ 9.4 ฟังเสียงปอดพบมีเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) หรือได้ยินเบาลงหรือไม่ได้ยินเสียงลมผ่านปอด	

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
1. ตกแต่งแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ดังต่อไปนี้ 1.1 ล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมอุปกรณ์ในการตกแต่งแผล 1.2 ปิดฟิล์มและกันน้ำให้เรียบร้อยก่อนเปิดเครื่องมือตกแต่งแผล 1.3 ตกแต่งแผลผ่าตัดก่อนแผลที่ระบายและปิดผ้าตกแต่งแผลให้แยกห่างจากกัน 1.4 เปลี่ยนผ้าตกแต่งแผลใหม่ทันทีเมื่อแผลเปราะ เปื้อนสิ่งระบายออก 1.5 ต่อท่อระบายลงชุดสะอาดปราศจากเชื้อหรือปิดแผลท่อระบายด้วยถุงรองรับสะอาดปราศจากเชื้อ เมื่อมีสิ่งระบายจำนวนมาก 2. สังเกตและบันทึกลักษณะของแผลผ่าตัดและแผลท่อระบาย รวมถึงสิ่งระบายจากแผลแฉะ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่ตกแต่งแผล 3. ส่งเสริมการหายของแผลโดยปฏิบัติดังนี้ 3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด 3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง 3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายตามสภาพผู้ป่วย 3.4 หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้แผลอักเสบ เช่น กระเพาะปัสสาวะเต็ม ท้องอืด	1. แผลผ่าตัดแห้งสะอาด 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลมากกว่าที่เป็นอยู่เดิมหรือลดอาการปวดแผลลงเรื่อย 3. ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวอยู่ระหว่าง 5,000–10,000 เซล/ลบ.ซม. 4. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติสูงไม่เกิน 37.5 °C 5. แผลหายดี ตัดไหมได้ภายใน 7 วัน

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
3.5 จัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อการหายของแผลโดยเฉพาะโปรตีน วิตามินเอและบีให้กับผู้ป่วย 4. แนะนำผู้ป่วยถึงปัจจัยที่ทำให้แผลหายเร็ว เช่น 4.1 งดสูบบุหรี่หรือให้สูบน้อยลง 4.2 ดูแลและควบคุมอาการของโรคที่ทำให้แผลหายช้า เช่น เบาหวาน ดับเสียน้ำที่ 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องครบถ้วน 6. รายงานแพทย์ทันทีถ้าพบอาการผู้ป่วยที่บ่งชี้ถึงภาวะการติดเชื้อของแผลผ่าตัดดังนี้ 6.1 สังเกตพบบริเวณแผลผ่าตัดมีอาการบวมแดงร้อน 6.2 ตรวจวัดอุณหภูมิพบสูงขึ้นเกินกว่า 38°C 6.3 สังเกตพบว่าผู้ป่วยบ่นปวดแผลตลอดเวลา 6.4 พบมีน้ำเหลืองหรือหนองซึมเปื้อนผ้าดกแต่งแผล 6.5 สังเกตผลการตรวจเลือดพบปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 10,000 เซลล์/ลบ.ซม. 7. ให้การพยาบาลเมื่อมีแผลติดเชื้อดังนี้ 7.1 เปิดแผลระบายหนองออกแล้วดกแต่งแผลด้วยวิธีแผลเปียก (Wet Dressing) ด้วยน้ำเกลือออร์มัลหรือน้ำยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา 7.2 ส่งหนองตรวจหาและเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะพร้อมทั้งติดตามผลการตรวจและรายงานแพทย์	

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
7.3 แชเครื่องมือทำแผลในน้ำยาฆ่าเชื้อหลัง ทำแผลตามเวลาที่กำหนดก่อนนำไปทำ ความสะอาดอย่างเคร่งครัด 7.4 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังทำแผลติดเชื้อ 7.5 เปลี่ยนผ้าตักแต่งแผลอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อเปื้อนชุ่ม 7.6 ดูแลสิ่งแวดล้อม ร่างกายผู้ป่วยและเสื้อผ้า ให้สะอาดอยู่เสมอเปลี่ยนให้ใหม่ทันทีถ้า เปื้อนเปื้อนน้ำเหลืองหรือหนอง 7.7 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยทุก 4-6 ชั่วโมง 7.8 ปลอดภัยผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผลที่ถูกต้องและบอก ความก้าวหน้าในทางที่ดีให้รับทราบ	

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
1. จัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและตามแผนการรักษาเมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารและการทำ งานของลำไส้ปกติ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงประโยชน์ที่ต้องได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 3. จัดสภาพแวดล้อมในขณะที่รับประทานอาหารให้ ดูน่ารับประทาน ปราศจากกลิ่นหรือสิ่งปฏิกูล 4. ดูแลความสะอาดปากฟันและบ้วนปากด้วยน้ำ อุ่นก่อนและหลังรับประทานอาหาร 5. จัดอาหารให้เป็นไปตามความต้องการของ ผู้ป่วยและตรงตามแผนการรักษา 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารกับผู้ป่วย ด้วยกันหรือให้ญาติเข้าเยี่ยม ในขณะที่ รับประทานอาหาร 7. แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้โดย เน้นคุณค่าของอาหารและเป็นไปตามแผนการ รักษา 8. สังเกตและบันทึกปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ ในแต่ละมื้ออย่างสม่ำเสมอ 9. จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อให้ในผู้ป่วยที่ รับประทานอาหารได้น้อยในแต่ละมื้อ 10. ชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	1. ผู้ป่วยมีความอยากอาหารอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่บ่นเบื่ออาหาร 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่น้อยลงกว่าปกติ 3. น้ำหนักตัวลดลงไม่เกินร้อยละ 10 4. ไม่พบอาการที่บ่งชี้ว่าขาดสารอาหาร 5. ค่าของโปรตีนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (โปรตีนรวม 6-7.6 กรัมเปอร์เซ็นต์, อัลบูมิน 3.2-4.5 กรัมเปอร์เซ็นต์)

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
11. ทล็กเลียงการพยาบาลหรือให้การรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดไกล้เวลารับประทานอาหาร 12. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความสามารถและสภาพร่างกาย	



มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวลต่างๆ ที่มี 2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความสนใจและแสดงความเห็นใจด้วยคำพูดและอื่น ๆ เช่น บีบมือหรือแตะแขนเบา ๆ เป็นต้น 3. นำปัญหาและข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลทางช่วยเหลือนักผู้ป่วย 4. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคและแนวทางการรักษาที่ได้รับพร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริง 5. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นและตอบคำถามด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 6. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ 7. ประเมินนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ 8. ร่วมมือกับญาติผู้ป่วยในการแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 9. หาโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พบและพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและทำผ่าตัดแบบเดียวกันที่มีอาการดีขึ้น	1. ผู้ป่วยกล่าวว่ามีความวิตกกังวลน้อยลง สิ้นหนาสดชื่น ยิ้มแย้ม อารมณ์ดี 2. นอนหลับและพักผ่อนได้ดี 3. ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น พูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน

มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของกระเพาะอาหารหลังการผ่าตัดรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งเน้นว่าสิ่งเหล่านี้สามารถป้องกันได้ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องโดยพิจารณาระดับการศึกษาของผู้ป่วยก่อนให้คำแนะนำ - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในสิ่งต่อไปนี้ - แนะนำให้รับประทานอาหารในขณะพอสัมและเพิ่มอาหารได้ตามความต้องการของร่างกาย - แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส - แนะนำให้รับประทานอาหารเช้า ๆ และเคี้ยวให้ละเอียด - แนะนำให้ชั่งน้ำหนักสม่ำเสมอทุกเดือน - แนะนำให้งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มประเภทน้ำชา กาแฟหรือแอลกอฮอล์ - แนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดภาวะเครียดพยายามทำจิตใจให้เบิกบาน - แนะนำให้พักผ่อนภายหลังรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที - แนะนำให้หลีกเลี่ยงภาวะหัวใจอาหารรสเผ็ดและยาแก้ปวดกลุ่มแอสไพริน - แนะนำให้ออกกำลังกายบ้างเท่าที่สามารถทำได้ เช่น เดินเล่น	- ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถบอกรายการอาหารที่ควรรับประทานอาหารและควรหลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถบอกอาการที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและครอบคลุม - ญาติเอาใจใส่ให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังการผ่าตัดและรีบมาพบแพทย์ทันทีโดย 3.1 แนะนำให้สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดท้อง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก อาจมีท้องเดินและเกิดขึ้นภายหลังรับประทานอาหาร 5-30 นาที ซึ่งเป็นกลุ่มอาการดัมปีง (Dumping syndrome) 3.2 แนะนำให้สังเกตอาการท้องอืด แน่นท้อง เมื่ออาเจียนเป็นน้ำดีแล้วอาการดีขึ้นมักเกิดหลังรับประทานอาหาร 30-60 นาที ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเอฟเฟอว์เรนท์ลูป (Afferent loop syndrome) 3.3 สังเกตว่ามีอาการซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ง่วง มึนงง ซึ่งเป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 4. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการรับประทานยา เช่น ขนาด เวลาที่รับประทาน รวมทั้งอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและไม่รับประทานยาชนิดอื่นเองก่อนปรึกษาแพทย์ 5. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงนิสัยการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง เช่น อาหารรสจัด กาแฟ แอลกอฮอล์ ยาแก้ปวดต่าง ๆ รวมทั้งหลีกเลี่ยงความเครียด 6. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจโลหิตดูภาวะโลหิตจางทุกปี	

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
7. แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการของแผลติดเชื้อหรืออาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร 8. แนะนำผู้ป่วยให้ตรวจรักษาและดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้การรับประทานอาหารดีขึ้น 9. ให้ความรู้การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 10. เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด	

ตอนที่ 2 ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ในสถานการณ์จริง รวบรวมจากผู้ชำนาญการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศมีรายละเอียดดังต่อไปนี้.-

1. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการจำแนกตามวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของผู้ชำนาญการจำแนกตามวุฒิทางการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

ข้อมูล	จำนวน (N = 85)	ร้อยละ
1. วุฒิการศึกษา		
ประกาศนียบัตรพยาบาล	29	34.94
อนุปริญญาตรีทางการพยาบาล	3	3.61
ปริญญาตรีทางการพยาบาล	52	61.18
ปริญญาโททางการพยาบาล	1	1.20
2. ประสบการณ์ในการทำงาน		
5 - 10 ปี	23	26.51
11 - 15 ปี	15	18.07
16 - 20 ปี	27	31.76
21 - 25 ปี	9	10.84
26 - 30 ปี	4	4.82
30 ปีขึ้นไป	7	8.43

จากตารางที่ 27 พบว่าผู้ชำนาญการส่วนใหญ่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาตรี (61.18 %) และรองลงมาก็คือระดับประกาศนียบัตรพยาบาล (34.94%) มีประสบการณ์ ในการพยาบาลมากที่สุดคือ 16 - 20 ปี (31.76 %) รองลงมาก็คือ 5 - 10 ปี (26.51%)

2. ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนในสถานการณ์จริง รวบรวมจากผู้ชำนาญการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ชำนาญการเกี่ยวกับมาตรฐานเชิงกระบวนการของมาตรฐานการพยาบาล ทั้ง 10 มาตรฐานโดยนำเสนอเฉพาะจำนวนผู้ชำนาญการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราว (ไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง) และไม่ได้ปฏิบัติ ตั้งแต่ตารางที่ 28 ถึง ตารางที่ 37

ตารางที่ 28 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	มหา วิทยาลัย	ส่วน กลาง	ศูนย์	ทั่วไป		มหา วิทยาลัย	ส่วน กลาง	ศูนย์	ทั่วไป	
1	-	1	6	8	17.64	1	-	-	-	1.18
2	1	1	-	6	9.41	-	-	-	-	-
3.1	-	-	-	1	1.18	1	-	-	1	2.35
3.2	-	-	-	4	4.70	-	-	-	1	1.18
3.3	-	-	-	2	2.35	-	-	-	1	1.18
3.4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.35
3.5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.35
3.6	1	-	-	1	2.35	-	-	-	-	-
4.1	-	-	2	3	5.88	2	-	-	2	4.70
4.2	1	-	1	7	10.59	1	-	3	3	8.24
4.3	-	-	3	16	22.35	1	-	1	-	2.35
4.4	1	1	-	8	11.76	-	-	-	2	2.35
4.5	1	-	2	4	8.24	-	-	-	1	1.18

จากตารางที่ 28 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นครั้งคราวมากที่สุดคือข้อที่ 4.3 คิดเป็นร้อยละ 22.35 และกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อ 4.2 คิดเป็นร้อยละ 8.24

ตารางที่ 29 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลย์
 ของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
					ร้อยละ					ร้อยละ
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง			วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง		
1.3	-	-	1	-	1.18	-	-	-	-	-
2	-	-	1	-	1.18	-	-	-	-	-
3	-	-	1	5	7.06	-	-	-	2	2.35
4.1	1	1	2	14	21.18	-	-	-	3	3.53
4.2	-	-	1	5	7.06	-	-	-	1	1.18
4.3	-	-	1	2	3.53	-	-	-	-	-
4.4	1	1	1	8	12.94	-	-	-	-	-
5.2	1	-	-	1	2.35	-	-	-	-	-
5.3	1	-	-	2	3.53	-	-	-	2	2.35
5.4	-	-	-	3	3.53	-	-	-	1	1.18
5.5	-	-	-	2	2.35	-	-	-	-	-
5.6	-	-	-	3	3.53	-	-	-	-	-
5.7	-	-	1	11	14.12	-	-	-	-	-
5.8	-	-	-	1	1.18	1	-	-	-	1.18
6.1	-	-	-	2	2.35	-	-	-	-	-
6.2	1	-	-	4	4.70	-	-	-	-	-
6.3	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-	-
7	-	-	1	2	3.53	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 29 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการ
 พยาบาลเป็นครั้งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 4.1 คิดเป็นร้อยละ 21.18 และกิจกรรมการ
 พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อ 4.1 คิดเป็นร้อยละ 3.53

ตารางที่ 30 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 3 ผู้ช่วยบรรเทาความ
 เจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการช้ำเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง			วิทยาลัย	กลาง			
1	-	-	-	2	2.35	-	-	-	-	
2	2	1	3	4	11.76	1	-	1	1	3.53
4	-	-	1	1	2.35	-	-	-	-	
5	-	-	1	-	1.18	-	-	-	-	
6	-	-	1	1	2.35	-	-	-	-	
7	-	1	2	3	7.06	-	-	-	1	1.18
8	-	-	3	3	7.06	-	-	-	-	
9	1	2	-	5	9.41	-	-	2	6	9.41
10	-	3	4	16	27.06	1	-	4	7	14.12
11	1	2	1	7	12.94	-	-	-	-	

จากตารางที่ 30 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการ
 พยาบาลเป็นครั้งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 10 คิดเป็นร้อยละ 27.06 และกิจกรรมการ
 พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อ 10 คิดเป็นร้อยละ 14.12

ตารางที่ 31 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจาก
ภาวะท้องอืด

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง			วิทยาลัย	กลาง			
1.1	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-	
1.3	-	-	1	-	1.18	-	-	1	2	3.61
1.4	-	-	1	-	1.18	-	-	-	-	
2	-	-	1	1	2.41	-	-	-	-	
3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1.18
4	-	1	-	3	4.82	-	-	1	2	3.61
5	-	-	-	11	13.25	-	-	-	2	2.41
6	-	-	1	1	2.41	-	-	-	3	3.61
7	-	-	-	8	9.64	-	-	-	1	1.18

จากตารางที่ 31 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
เป็นครั้งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 13.25 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ
มากที่สุดคือ ข้อ 1.3 ข้อ 4 และข้อ 6 คิดเป็นร้อยละ 3.61

ตารางที่ 32 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความ
 ไม่สบายจากการคายสารจากกระเพาะอาหาร (N.G.tube)

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย	วิทยาลัย
1	-	-	-	-	1 1.18	-	-	-	-	-
5	1	1	2	6	11.76	-	-	-	1	1.18
6	1	1	2	11	17.64	1	-	-	1	2.35

จากตารางที่ 32 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
 เป็นครั้งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 17.64 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ
 มากที่สุดคือ ข้อ 6 คิดเป็นร้อยละ 2.35

ตารางที่ 33 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจาก
 ภาวะปอดแฟบและปอดบวม

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง			วิทยาลัย	กลาง			
1.2	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-	
2	-	-	-	1	2.35	-	-	-	-	
3	-	-	-	1	2.35	-	-	-	-	
4	-	-	-	2	6	9.41	-	-	-	1 1.18
5	-	-	-	2	2	4.70	-	1	-	1.18
6	-	-	-	2	3	5.88	-	-	-	
7	-	-	-	-	1	1.18	-	-	-	
8.1	-	-	-	1	7	9.41	2	-	-	2 4.70
8.2	-	-	-	1	4	5.88	2	-	1	5 9.41
8.3	-	-	1	-	7	9.41	-	1	-	2 3.53
9.1	-	-	-	-	1	1.18	-	-	-	1 1.18
9.2	-	-	-	1	3	4.70	-	-	-	1 1.18
9.3	-	-	-	1	2	3.53	-	-	-	1 1.18
9.4	-	-	-	-	-	-	2	1	1	4 9.41

จากตารางที่ 33 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
 เป็นครั้งคราวมากที่สุดเท่ากัน 3 ข้อคือข้อ 4 ข้อ 8.1 ข้อ 8.3 คิดเป็นร้อยละ 9.41
 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อ 8.2 และข้อ 9.4 คิดเป็นร้อยละ 9.41

ตารางที่ 34 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในมาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจาก
 การติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	มหา วิทยาลัย	ส่วน กลาง	ศูนย์	ทั่วไป		มหา วิทยาลัย	ส่วน กลาง	ศูนย์	ทั่วไป	
1.1	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-	
1.2	-	1	1	6	9.41	1	1	-	3	5.88
1.3	-	-	2	-	2.25	-	-	-	1	1.18
1.4	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-	
1.5	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-	
2	-	-	1	2	3.53	-	-	-	1	1.18
3.1	-	-	1	1	2.35	-	-	-	-	
3.2	-	-	1	2	3.53	-	-	-	-	
3.3	-	-	1	3	4.70	-	-	-	-	
3.4	-	-	1	-	1.18	-	-	-	-	
3.5	1	-	1	9	12.94	-	-	-	-	
4.1	-	1	-	2	3.53	1	-	-	-	1.18
4.2	1	-	2	1	4.70	-	-	-	1	1.18
6.2	-	-	-	2	2.35	-	-	-	-	
6.3	-	-	-	2	2.35	-	-	-	-	
6.4	-	-	-	4	4.70	-	-	-	-	
6.5	-	-	-	1	1.18	-	-	-	2	2.35
7.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.18
7.2	-	1	-	1	2.35	-	-	-	1	1.18
7.5	-	-	1	1	2.35	-	-	-	1	1.18
7.6	-	-	1	2	3.53	-	-	-	-	

จากตารางที่ 34 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
 เป็นครั้งคราวมากที่สุดคือข้อที่ 3.5 คิดเป็นร้อยละ 12.94 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ
 มากที่สุดคือ ข้อ 1.2 คิดเป็นร้อยละ 5.88

ตารางที่ 35 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร
 เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง			วิทยาลัย	กลาง			
1	1	-	1	3	5.88	-	-	-	-	
3	-	-	-	4	4.70	-	-	1	-	1.18
4	2	1	2	3	9.41	1	-	-	2	3.53
5	-	-	1	5	7.06	-	-	1	2	3.53
6	-	2	2	4	9.41	-	-	-	2	2.35
7	-	-	-	4	4.70	-	-	-	1	1.18
8	1	-	-	4	4.70	-	-	-	2	2.35
9	-	1	3	15	22.35	2	-	-	7	10.59
10	1	2	4	19	30.59	2	-	4	9	17.64
11	-	-	1	3	4.70	-	-	2	3	5.88
12	-	-	2	1	3.53	-	-	-	-	

จากตารางที่ 35 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
 เป็นครั้งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 10 คิดเป็นร้อยละ 30.59 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ
 มากที่สุดคือข้อ 10 คิดเป็นร้อยละ 17.64

ตารางที่ 36 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครั้งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตก
 กังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ร้อยละ					ร้อยละ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ทั่วไป
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง			วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง		
1	1	-	-	5	5.88	-	-	-	-	-
2	-	-	-	3	6	10.59	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 1.18
4	-	-	-	-	1	1.18	-	-	-	-
5	-	-	-	2	1	3.53	-	-	-	-
6	1	-	-	1	1	3.53	-	-	-	-
7	-	-	-	1	2	3.53	-	-	-	3 3.53
8	-	-	-	-	6	7.06	-	-	-	1 1.18
9	-	-	-	2	7	10.59	-	-	-	1 1.18

จากตารางที่ 36 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
 เป็นครั้งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 2 และข้อ 9 คิดเป็นร้อยละ 10.59 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้
 ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อ 7 คิดเป็นร้อยละ 3.53

ตารางที่ 37 จำนวนและอัตราร้อยละของผู้ชำนาญการในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติเป็น
 ครึ่งคราวและไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงในมาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจาก
 ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ลำดับข้อ	ปฏิบัติเป็นครึ่งคราว					ไม่ได้ปฏิบัติ				
	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ร้อยละ	ความ	มหา	ส่วน	ศูนย์	ร้อยละ
	วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง	ทั่วไป		วิทยาลัย	วิทยาลัย	กลาง	ทั่วไป	
1	-	-	1	2	6	10.59	-	-	-	-
2.1	-	-	-	2	-	2.35	-	-	-	-
2.2	1	-	-	1	-	2.35	-	-	-	1 1.18
2.3	1	-	-	1	1	3.53	-	-	-	1 1.18
2.4	2	1	-	3	7	15.29	1	-	-	2 3.53
2.5	-	-	-	1	1	2.35	-	-	-	-
2.6	1	-	-	1	3	5.88	-	-	-	1 1.18
2.7	1	-	-	1	2	4.70	1	-	-	1 2.35
2.8	-	-	-	1	1	2.35	-	-	-	-
2.9	-	-	-	1	3	4.70	-	-	-	-
3.1	-	-	-	1	3	4.70	-	-	-	-
3.2	-	-	-	1	1	2.35	2	-	-	- 2.35
3.3	-	-	-	1	3	4.70	2	-	-	- 2.35
4	-	-	-	-	3	3.53	-	-	-	-
6	2	1	-	1	5	10.59	2	-	1	5 9.41
8	1	-	-	-	1	2.35	-	-	1	3 4.70
9	1	2	-	4	9	18.82	3	2	5	22 37.65
10	-	-	-	2	3	5.88	-	-	1	3 4.70

จากตารางที่ 37 ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
 เป็นครึ่งคราวมากที่สุดคือ ข้อที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ
 มากที่สุดคือข้อ 9 คิดเป็นร้อยละ 37.65

2.2 ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ชำนาญการเกี่ยวกับ มาตรฐานการพยาบาล
เชิงผลลัพธ์ทั้ง 10 มาตรฐาน โดยทำเสนอเฉพาะจำนวนผู้ชำนาญการที่ตอบไม่ได้ผล ตั้งแต่ตาราง
ที่ 38 ถึงตารางที่ 46

ตารางที่ 38 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐาน
เชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1.1		-	-	-	1	1.18
1.2		-	-	-	1	1.18
2		-	-	-	3	3.53
3		1	-	-	3	4.70
4		-	-	-	3	3.53
5		-	-	-	1	1.18
6		-	-	-	1	1.18
7		-	-	-	1	1.18

จากตารางที่ 38 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า
ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 4.70 โดยโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าไม่ได้ผล 3 คน
และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไม่ได้ผล 1 คนและข้อที่ ไม่ได้ผลนั้นมีครบทุกข้อในมาตรฐานนี้

ตารางที่ 39 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐาน
เชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	-	2	2.35
2		-	-	-	4	4.70
3		-	-	-	1	1.18

จากตารางที่ 39 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า
ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 4.70 โดยโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าไม่ได้ผล 4 คน
และในมาตรฐานนี้ไม่ได้ผล 3 ข้อจากจำนวน 4 ข้อ

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและ
ปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด พบว่าผู้ชำนาญการโรงพยาบาลระดับ
ต่าง ๆ ไม่พบข้อใดเลยที่ไม่ได้ผล

ตารางที่ 40 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐาน
เชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
2		-	-	-	1	1.18
3		-	-	-	1	1.18
5		-	-	-	1	1.18
6		-	-	1	2	3.53

จากตารางที่ 40 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า
ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 3.53 โดยโรงพยาบาลศูนย์ไม่ได้ผล 1 คนโรงพยาบาล
ทั่วไปพบว่าไม่ได้ผล 2 คนและในมาตรฐานนี้ ไม่ได้ผล 4 ข้อจากจำนวน 6 ข้อ

ตารางที่ 41 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐาน
เชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคาสายยาง
จากกระเพาะอาหาร (N.G. tube)

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	1	2	3.53
2		-	-	-	3	3.53
3		-	-	-	3	3.53
4		-	-	-	4	4.70

จากตารางที่ 41 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า
ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 4.70 โดยโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าไม่ได้ผล 4 คน
และข้อที่ไม่ได้ผลมีครบทุกข้อในมาตรฐานนี้

ตารางที่ 42 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐาน
เชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	-	1	1.18
2		-	-	-	4	4.70
3		-	-	-	4	4.70
4		-	-	-	1	1.18
5		-	-	-	2	2.35
6		-	-	-	4	4.70

จากตารางที่ 42 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า
ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 2 ข้อ 3 และ ข้อ 6 คิดเป็นร้อยละ 4.70 โดยโรงพยาบาลทั่วไปพบว่า
ไม่ได้ผล 4 คนและข้อที่ไม่ได้ผลมีครบทุกข้อในมาตรฐานนี้

ตารางที่ 43 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	1	1	2.35
2		-	-	-	1	1.18
3		-	-	-	2	2.35
4		-	-	-	2	2.35
5		-	-	-	3	3.53

จากตารางที่ 43 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 3.53 โดยโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าไม่ได้ผล 3 คนและข้อที่ไม่ได้ผลมีครบทุกข้อในมาตรฐานนี้

ตารางที่ 44 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	2	2	4.70
2		-	-	-	2	2.35
3		-	-	1	4	5.88
4		-	-	-	1	1.18
5		-	-	1	6	8.24

จากตารางที่ 44 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 8.24 โดยโรงพยาบาลศูนย์ไม่ได้ผล 1 คนโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าไม่ได้ผล 6 คนและข้อที่ไม่ได้ผลมีครบทุกข้อในมาตรฐานนี้

ตารางที่ 45 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	2	0	2.35
2		-	-	1	1	2.35
3		-	-	-	1	1.18

จากตารางที่ 45 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 1 และข้อ 2 คิดเป็นร้อยละ 2.35 โดยในข้อ 1 พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ ไม่ได้ผล 2 คนและข้อที่ 2 โรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้ผล 1 คนโรงพยาบาลศูนย์ 1 คนและข้อที่ไม่ได้ผลมีครบทุกข้อในมาตรฐานนี้

ตารางที่ 46 จำนวนและอัตราร้อยละผู้ชำนาญการที่ตอบว่า ไม่ได้ผลในสถานการณ์จริงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในมาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ลำดับข้อความ ที่ไม่ได้ผล	ประเภทของ โรงพยาบาล	มหาวิทยาลัย N = 6	ส่วนกลาง N = 6	ศูนย์ N = 15	ทั่วไป N = 58	รวมร้อยละ N = 85
1		-	-	2	3	5.88
2		-	-	-	3	3.53
4		-	-	-	2	2.35
5		-	-	-	2	2.35

จากตารางที่ 46 พบว่าข้อความที่ผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตอบว่า ไม่ได้ผลมากที่สุดคือข้อที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 5.88 โดยโรงพยาบาลศูนย์ไม่ได้ผล 2 คนโรงพยาบาลทั่วไป 3 คนและในมาตรฐานนี้ไม่ได้ผล 4 ข้อจากจำนวน 5 ข้อ

อภิปรายผล

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร
ออกบางส่วน แบ่งการอภิปรายออกเป็น 2 ตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัด
กระเพาะอาหารออกบางส่วน

ตอนที่ 2 ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะ
อาหารออกบางส่วน ในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัด
กระเพาะอาหารออกบางส่วน

1. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร
ออกบางส่วน ตามเทคนิคเดลฟายผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบ
สอบถามรอบที่ 1 จำนวน 36 ท่าน ส่วนการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 นั้นเหลือผู้เชี่ยวชาญ
30 ท่าน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยของแมดมิลแลน (Macmillan ใน เกษม บุญอ่อน,
2522:27-28) พบว่าถ้าจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปอัตราความคลาดเคลื่อนมีน้อยมาก
ซึ่งในการแสวงหาผู้เชี่ยวชาญนั้นจำเป็นต้องใช้เวลานานพอสมควร ทั้งนี้เพราะต้องเสียเวลาในการ
ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญตรงตามคุณสมบัติที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เชี่ยวชาญ
เหล่านั้นจะต้องอุทิศเวลาในการตอบแบบสอบถามได้อย่างแท้จริงเพื่อให้ได้มาตรฐานการพยาบาล
ที่มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
นั้น ความถูกต้องของเนื้อหาขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามดังเช่นที่
สุภาพ วาดเขียน (2525:38-42) กล่าวว่าไว้ว่าความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับขึ้นอยู่กับความ
น่าเชื่อถือของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้และเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ และประการสำคัญผู้เชี่ยวชาญ
จะต้องเห็นความสำคัญของการตอบแบบสอบถามและอุทิศเวลาให้อย่างแท้จริง ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า
ผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้ ตั้งแต่ 5-20 ปี ผู้วิจัยจึงได้ข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ต่อการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเป็นอย่างมาก ซึ่งข้อความในมาตรฐานที่ได้มีค่ามัธยฐาน
สูงกว่า 9 แสดงถึงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นด้วยกับข้อความในมาตรฐาน
ที่สร้างขึ้นสูงและค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 2 แสดงถึงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันและเป็น
เอกพันธ์ของผู้เชี่ยวชาญ ดังคำกล่าวของ อนันต์ ศรีโสภณ (2520:172-173) ที่ว่า ข้อความใดที่
ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันสูง ข้อความนั้นจะมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหามากยิ่งขึ้น

2. ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบ พบว่าผู้เชี่ยวชาญ

ได้ให้ข้อเสนอแนะที่แตกต่างกันหลายประเด็น เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญต่างสถาบันกัน จึงเสนอแนะตาม ที่สถาบันของตนปฏิบัติอยู่ เช่น น้ำยาที่ใช้ตกแต่งแผล เมื่อแผลมีการติดเชื้อบางแห่งใช้ น้ำเกลือออร์มัล บางแห่งใช้ เบต้าดีน บางแห่งใช้ เทกนีส เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องอาศัย ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่และพยายามปรับเนื้อหาให้เป็นกลางมากที่สุด โดยยึดหลักที่ว่า จะใช้น้ำยาสanitใดก็ตาม เพื่อจุดประสงค์ให้แผลนั้นสะอาดลดการติดเชื้อ จึงสรุปข้อมาตรฐาน เชิงกระบวนการเป็น "เปิดแผลระบายหนองออกแล้วตกแต่งแผลด้วยวิธีแผลเปียก (Wet dressing) ด้วย Normal saline หรือน้ำยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา" เพื่อให้เป็นไปตามหลักเคลฟายที่ว่า ผู้วิจัยจะต้องทำตัวเป็นกลางไม่โน้มเอียงไปในแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง

3. ในการวิเคราะห์ข้อความเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลเนื่องจาก การสร้างมาตรฐานการพยาบาลครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงการกำหนดมาตรฐานเชิง โครงสร้างไว้ด้วย เพราะจากลักษณะ โครงสร้างที่แตกต่างกันของสถาบันที่ผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานอยู่ เช่น สถาบันที่มี มาตรฐานเชิง โครงสร้างที่สมบูรณ์อาจทำให้มาตรฐานสูงเกินไปจนไม่สามารถนำมาปฏิบัติให้บรรลุ วัตถุประสงค์ได้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือสถาบันที่มีมาตรฐานเชิง โครงสร้าง ไม่สมบูรณ์อาจทำให้ มาตรฐานต่ำเกินไปจนเป็นผลให้ผู้ป่วยขาดความปลอดภัยได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึง ได้พยายามคัดเลือก ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันที่มีโครงสร้างในระดับต่าง ๆ มาเป็นผู้เชี่ยวชาญในครั้งนี้ ทั้งนี้เพราะผู้วิจัย ตระหนักถึงความสำคัญว่ามาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะต้องอยู่ในขอบเขตที่พยาบาลและ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ สามารถกระทำได้เป็นผลสำเร็จแต่ไม่ควรกำหนดให้ต่ำเกินไปจนเป็นผลให้ผู้ป่วย ขาดความปลอดภัย(Nicholls and Wessells, 1977:90-91) ตัวอย่างเช่น ในมาตรฐาน เชิงกระบวนการข้อ 4 ของมาตรฐานที่ 6 ที่กระตุ้นให้ผู้พยาบาลใจลึก ๆ ผู้เชี่ยวชาญจาก สถาบันที่มีความพร้อมด้านเครื่องมือเครื่องใช้จะเสนอแนะให้ใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย เช่น อินเซนทีฟ สไปโรมิเตอร์ (Incentive Spirometer) ซึ่งไม่มีอุปกรณ์ชนิดนี้ครบทุกโรงพยาบาล ในขณะที่ เดียวกันผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันที่ไม่มีอุปกรณ์ดังกล่าว จะเสนอแนะให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์อื่นที่มีคุณสมบัติ เหมือนกันแทนเช่น ใช้วิธีเป่าขวด เป็นต้น

จากคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อความพบว่าในรอบที่ 1 ข้อความ ในมาตรฐานเชิงกระบวนการมีผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อ และในมาตรฐานเชิง ผลลัพธ์มีเพียง 1 ข้อเท่านั้นที่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 54 ในมาตรฐานที่ 6 ข้อ 4 "ผู้ป่วยสามารถใน การไอเอาเสมหะออกได้" ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าไม่ใช่เกณฑ์การประเมินผลว่าผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะปอดอักเสบแต่เป็นเกณฑ์การประเมินการไอของผู้ป่วย จึงตัดข้อความดังกล่าวออก

ข้อความในรอบที่ 2 ค่ามัธยฐานมีค่าสูงกว่า 9 ทุกข้อ และค่าการกระจายควอไทล์มีค่า มากกว่า 2 จำนวน 3 ข้อ ดังต่อไปนี้ ข้อแรกคือ มาตรฐานเชิงกระบวนการของมาตรฐานที่ 1

ข้อที่ 4.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Cooling Lavage อย่างถูกต้อง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9.84 ค่าการกระจายควอไทล์เท่ากับ 2.82 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นแตกต่างกันและยังได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อความ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงข้อความเพิ่มขึ้นเป็น "ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Cooling Lavage อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา" ข้อที่ 2 คือมาตรฐานเชิงกระบวนการของมาตรฐานที่ 4 ข้อ 8 ฟังและบันทึกการทำงานของลำไส้อย่างน้อยเวยละ 1 ครั้ง ภายหลังผ่าตัด มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10.00 ค่าการกระจายควอไทล์ 2.44 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นแตกต่างกันว่าการฟังและบันทึกการทำงานของลำไส้ ไม่จำเป็นในระยะแรกเพราะลำไส้จะไม่ทำงานอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อความตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้กำหนดระยะเวลาในการฟังและบันทึกการทำงานของลำไส้ ภายหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง ข้อที่ 3 คือ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 6 ฟังเสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ได้ชัดเจน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10.22 ค่าการกระจายควอไทล์เท่ากับ 2.51 ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำว่าควรปรับปรุงข้อความให้มีกำหนดอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้และระยะเวลาที่ได้ยิน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อความเพิ่มเติมว่า ในอัตราที่มากกว่า 4-10 ครั้ง/นาที ภายหลังผ่าตัด 2-3 วัน ส่วนข้อความในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบหลายข้อเนื่องจากผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่ามัธยฐานสูงขึ้นและค่าการกระจายควอไทล์ลดลง แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นด้วยกับข้อความมากขึ้น และมีความเห็นสอดคล้องกันมากขึ้น มีรายละเอียดข้อความที่มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 2 "รายงานแพทย์ทันทีถ้าพบว่าชีพจรเบาเร็ว เพิ่มขึ้นจากบันทึกครั้งก่อนร้อยละ 20 และความดันโลหิตลดลงจากการบันทึกครั้งก่อนร้อยละ 20 "ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.67 เป็น 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.48 เป็น 1.33 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า การกำหนดค่าสัญญาณชีพควรกำหนดเป็นจำนวนร้อยละจากค่าเดิมของผู้ป่วยจะประเมินภาวะช็อคของผู้ป่วยได้ดีกว่าการกำหนดเป็นค่าที่คงที่เพราะสัญญาณชีพของผู้ป่วยแต่ละคนย่อมไม่เท่ากันผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นด้วยเพิ่มขึ้น

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 3.1 "สารเหลวที่ดูดออกจากกระเพาะอาหารเป็นเลือดสด ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.87 เป็น 10.90 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.63 เป็น 0.60 ข้อ 3.3 "ผ้าตักแต่งแผลเปียกชุ่ม ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.79 เป็น 10.82 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.94 เป็น 0.76 และข้อ 3.4 "พบมีก้อนเลือด (Hematoma) บริเวณขอบแผล ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนเป็น 10.71 เป็น 10.75 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.19 เป็น 0.75 โดยให้เหตุผลว่าการประเมินการเสียเลือดในระยะแรกมีความสำคัญเพราะถ้าพยาบาลสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็วจะช่วยป้องกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคได้

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 4.3 "ให้ออกซิเจนในอัตรา 4-6 ลิตรต่อนาที ฯ" ค่ามาตรฐานเปลี่ยนจาก 10.14 เป็น 10.20 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.14 เป็น 1.00 และข้อ 4.4 บันทึกปริมาณปัสสาวะ ฯ"ค่ามาตรฐานเปลี่ยนจาก 10.82 เป็น 10.85 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.68 เป็น 0.54 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะช็อคพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดควรให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทันทีก่อนที่แพทย์จะมาถึง

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 4.6 "ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Cooling Lavage ฯ" ค่ามาตรฐานเปลี่ยนจาก 9.84 เป็น 9.93 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 2.82 เป็น 2.56 โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นแตกต่างกันในการทำ Cooling Lavage ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ให้เหตุผลแตกต่างกันออกไป บางท่านให้เหตุผลว่าการทำ Cooling Lavage อาจทำให้เกิดรอยร้าวบริเวณรอยเย็บได้แต่ผู้เชี่ยวชาญบางท่านได้ให้เหตุผลว่า สามารถกระทำได้โดยแพทย์ใช้ความระมัดระวังหรือ กระทำโดยพยาบาลภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับภานิต พานิชยานนท์(2523:153) และ Given and Simmons(1984:279) ได้กล่าวไว้เช่นกัน เนื่องจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแตกต่างกันดังกล่าวผู้วิจัยได้ชี้แจงเหตุผลตลอดจนปรับปรุงข้อความให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเห็นด้วยกับข้อความเพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับกลุ่มเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามค่าการกระจายควอไทล์ในรอบที่ 3 ยังคงมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 2 ผู้วิจัยจึงตัดข้อความในข้อนี้ออก ไม่นำไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 7 "บันทึกจำนวนสารน้ำ ฯ" ค่ามาตรฐานเปลี่ยนจาก 10.75 เป็น 10.79 และค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.98 เป็น 0.89 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าการบันทึกจำนวนสารน้ำและเลือดที่ผู้ป่วยได้รับและจำนวนสารน้ำและเลือดที่เสียไปจากร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียดมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้แพทย์สามารถประเมินการตกเลือดของผู้ป่วยได้ถูกต้องและสามารถวางแผนการรักษาได้ครอบคลุมขึ้น

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 1.1 "ชีพจรเต้นสม่ำเสมอในอัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที " ค่ามาตรฐานเปลี่ยนจาก 10.67 เป็น 10.75 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.22 เป็น 0.99 ข้อ 1.2 "ค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิตและไดแอสโตลิต ฯ" ค่ามาตรฐานเปลี่ยนจาก 10.41 เป็น 10.50 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.14 เป็น 1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าเห็นด้วยกับผู้วิจัยว่าค่าความดันโลหิตและชีพจรควรประเมินโดยคิดเป็นร้อยละ และเห็นด้วยเพิ่มขึ้นว่าค่าความดันโลหิตที่ได้ไม่ควรต่ำกว่า 90/60 mm/Hg

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 2 "ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5-1 ซี.ซี. มาตรฐานเปลี่ยนจาก 10.56 เป็น 10.62 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.25 เป็น 1.11 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อคปริมาณปัสสาวะที่ได้ใน 1 ชั่วโมงมีความสำคัญเพราะเป็นเครื่องชี้บ่งถึงภาวะการทำงานของไตโดยทั่วไปปริมาณปัสสาวะจึงไม่ควรต่ำกว่า 0.5-1 ซี.ซี./ก.ก./ช.ม.

หรือไม่น้อยกว่า 30 ซี.ซี./ช.ม. ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงเห็นด้วยเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับกลุ่มเพิ่มขึ้น

ข้อ 3 "ค่าฮีโมโกลบินไม่ต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.25 เป็น 10.27 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.25 เป็น 1.11 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าเห็นด้วยที่ผู้วิจัยกำหนดค่าฮีโมโกลบินไม่ควรต่ำกว่าค่าปกติคือ 14 กรัมเปอร์เซ็นต์ในชายและ 12 กรัมเปอร์เซ็นต์ในหญิง อย่างไรก็ตามพบว่าค่าฮีโมโกลบินในคนไทยโดยเฉลี่ยจะต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มเติมข้อความ ไม่ควรต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นด้วยเพิ่มขึ้น

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 1.1 "ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำให้ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.71 เป็น 10.75 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.00 เป็น 0.91 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าการป้องกันมิให้ผู้ป่วยเกิดการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ได้นั้นวิธีหนึ่งคือพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำอย่างละเอียดและสม่ำเสมอเพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษา

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 3 "ติดตามผลการตรวจเลือดหาค่าอิเล็กโทรลัยท์อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งรายงานแพทย์ ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.71 เป็น 10.75 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.11 เป็น 0.99 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าเห็นด้วยว่าพยาบาลควรติดตามผลการตรวจเลือดหาค่าอิเล็กโทรลัยท์อย่างต่อเนื่องเมื่อพบว่าค่าผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันที เพื่อแพทย์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งตั้งแต่เริ่มผิดปกติ

เชิงกระบวนการข้อ 4.1 "มีอาการกระหายน้ำ" ข้อ 4.2 "ปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ซี.ซี.ต่อกลไกกรัมต่อชั่วโมง มีค่ามัธยฐานเปลี่ยนไปตามลำดับคือ เปลี่ยนจาก 10.67, 10.79 เป็น 10.71, 10.85 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.22 และ 0.85 เป็น 1.11 และ 0.65

โดยให้เหตุผลว่า อาการของภาวะขาดน้ำเป็นอาการสำคัญที่พยาบาลจะต้องมีความรู้และสามารถประเมินอาการขาดน้ำได้ เพื่อรายงานให้แพทย์ทราบและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง

มาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 5.1 "มีอาการกระสับกระส่าย" ข้อ 5.2 "ไอและมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู" ข้อ 5.3 "ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation)" มีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นตามลำดับคือเปลี่ยนจาก 10.82, 10.79, 10.67 เป็น 10.85, 10.85, 10.71 และค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.76, 0.89, 1.08 เป็น 0.63, 0.63 และ 1.05 โดยให้เหตุผลว่า ข้อความทั้ง 3 ข้อนี้เป็นอาการสำคัญของภาวะน้ำเกิน ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และสามารถประเมินอาการดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะขาดน้ำและภาวะน้ำเกิน จึงเห็นด้วยกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและสอดคล้องกันเพิ่มขึ้น

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสตติค

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 5 สอนวิธีการประคบแผลเมื่อมีอาการไอ, จาม ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.79 เป็น 10.85 และค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.85 เป็น 0.65 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าการประคบแผลผ่าตัดอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดได้ ผู้เชี่ยวชาญยังให้คำแนะนำว่าถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรจะมีการสอนก่อนผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องขึ้น

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 6 "ติดตามผลภายหลังการให้ยา ฯ" ข้อ 7 รายงานแพทย์ทราบในกรณี que ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวดแล้วไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้" โดยค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.56, 10.85 เป็น 10.67 และ 10.88 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.65 และ 0.65 เป็น 1.22 และ 0.63 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าการติดตามผลภายหลังการให้ยาบรรเทาปวดเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลไม่ควรละเลยเพราะขนาดของยาอาจไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวด หรืออาจมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นด้วยว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องปฏิบัติ

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 10 "เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ฯ" ข้อ 11 "ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความเจ็บปวด" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.62, 10.62 เป็น 10.67, 10.67 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.47, 1.47 เป็น 1.33, 1.33 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเห็นด้วยว่าพยาบาลควรอยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยรอบมโน ให้กำลังใจรวมทั้งประเมินความเจ็บปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยบางคนไม่กล้าบอกถึงแม้จะมีอาการปวด ซึ่งพยาบาลจะต้องหาทางช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตั้งที่วินส์โลว์ (Winslon, 1976: 220) กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ย่อมเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ดี

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 6 "ติดตามผลอิเล็กโตรลิตในเลือดถ้าพบว่ามีผิดปกติ ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.71 เป็น 10.79 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.99 เป็น 0.71 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารจะต้องใส่สายยางจากกระเพาะอาหารเพื่อให้กระเพาะอาหารว่างทำให้ผู้ป่วยเสียโปรตีนและอิเล็กโตรลิตเป็นจำนวนมากทำให้ค่าโปรตีนและอิเล็กโตรลิตในเลือดต่ำลง อาจเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืดขึ้นได้ ดังนั้นการติดตามผลค่าอิเล็กโตรลิตในเลือดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาลควรระวังอยู่เสมอ

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 8 "ฟังและบันทึกการทำงานของลำไส้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งภายหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.00 เป็น 10.22 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 2.44 เป็น 2.25 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นแตกต่างกันมากโดยหลายท่านให้

ความเห็นว่า การฟังและบันทึกการทำงานของลำไส้ เป็นการประเมินว่าลำไส้มีการเคลื่อนไหวหรือไม่เท่านั้น แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืดเพราะภายหลังผ่าตัดระยะแรกลำไส้จะไม่มีอาการเคลื่อนไหวอยู่แล้ว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความให้สมบูรณ์ขึ้นแต่อย่างไรก็ตามค่าการกระจายควอไทล์ยังคงมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 2 ผู้วิจัยจึงตัดข้อความข้อ 8 นี้ออกไม่นำไปสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 6 "พึงเสี่ยงการเคลื่อนไหวลำไส้ได้ชัดเจนในอัตราที่มากกว่า 4-10 ครั้ง/นาที่ ภายหลังผ่าตัด 2-3 วัน" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.22 เป็น 10.28 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 2.51 เป็น 1.75 จะเห็นได้ว่าในรอบที่ 2 ค่าการกระจายควอไทล์สูงกว่า 2 แต่เมื่อผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญโดยระบุอัตราและระยะเวลาการเคลื่อนไหวของลำไส้คือ พึงเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ชัดเจนในอัตราที่มากกว่า 4-10 ครั้ง ต่อมาที่ภายหลังการผ่าตัด 2-3 วัน ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นด้วยเพิ่มขึ้น โดยให้เหตุผลว่ากระเพาะอาหารและลำไส้จะเริ่มทำงานและสามารถฟังการเคลื่อนไหวได้ดีในวันที่ 3-6 หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับ Patras (1984:729) ได้กล่าวไว้เช่นกัน

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการค้ำยียงจากกระเพาะอาหาร (N.G. Tube)

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 4 "เปลี่ยนพลาสเตอร์ที่ตรึงสายยางกับจมูกทุกครั้งที่สกปรกหรือมีปัญหา" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.67 เป็น 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.48 เป็น 0.79 โดยผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้ความเห็นในรอบที่ 2 การเปลี่ยนพลาสเตอร์ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนทุกวันเพราะอาจทำให้สาย N.G. Tube เคลื่อนจากตำแหน่งหรือหลุดได้จึงไม่ควรเปลี่ยนบ่อย ผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นด้วยว่าควรเปลี่ยนทุกวันเพราะจะสกปรกและอาจตกจมูกเป็นแผลได้ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อความดังกล่าวใหม่ให้เป็นกลาง คือให้มีการเปลี่ยนพลาสเตอร์ที่ตรึงสายกับจมูกทุกครั้งที่สกปรกหรือมีปัญหา ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นด้วยมากขึ้นและสอดคล้องกันมากขึ้น

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 1.1 "จัดให่นอนในท่า Semi Fowler ฯ" ข้อ 2 "กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ฯ" และข้อ 3 "กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียง ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.75 10.87 และ 10.85 เปลี่ยนเป็น 10.79, 10.90 และ 10.90 ค่าการกระจายควอไทล์เป็นจาก 0.98, 0.63 และ 0.65 เป็น 0.85, 0.60, 0.60 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกมักจะขี้ขลาดเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากยังเจ็บปวดแผลผ่าตัดอยู่ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องพยายามชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ เพราะกิจกรรมดังกล่าวเป็นวิธีที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดแฟบและปอดบวมได้ดีที่สุด

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 8.2 "ฟังเสียงลมผ่านปอด ฯ" ข้อ 8.3 "หายใจ
เหนือทรวงอัตรการหายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที ข้อ 9.1 "อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 °C
ร่วมกับ" ข้อ 9.2 "มีอาการไอและมีเสมหะ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนไปตามลำดับคือ 10.75,
10.82, 10.39 และ 10.67 เปลี่ยนเป็น 10.79, 10.85, 10.50 และ 10.71 ค่าการกระจาย
ควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.93, 0.68, 1.40 และ 1.08 เป็น 0.83, 0.64, 1.33, 1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญ
เห็นว่าพยาบาลควรมีความรู้และสามารถประเมินภาวะปอดบวมและปอดแฟบได้ด้วย เพราะข้อความทั้ง
4 ข้อเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ในการเกิดภาวะปอดบวมและปอดแฟบ

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 1 "หายใจได้สม่ำเสมอดีในอัตรา 12-20 ครั้งต่อนาที " ข้อ 4
"อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติที่ไม่เกิน 37.5 °C " ข้อ 5 "ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยน
จาก 10.82, 10.79 และ 10.79 เป็น 10.85, 10.82 และ 10.82 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยน
จาก 0.74, 0.94 และ 0.94 เป็น 0.64, 0.74 และ 0.74 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าการ
ประเมินว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดบวมหรือปอดแฟบนั้นอาการที่บ่งชี้ที่สำคัญคือการหายใจต้องสม่ำเสมอ
ในอัตรา 12-20 ครั้งต่อนาที ร่วมกับการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อและอุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน
37.5 °C

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 3.3 "กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายตามสภาพผู้ป่วย ค่า
มัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.38 เป็น 10.50 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.52 เป็น 1.44
โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าโดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยมีแผลมักไม่ยอมออกกำลังกายจะอนนิ่ง ๆ บน
เตียงเนื่องจากกลัวเจ็บแผล ซึ่งทำการไหลเวียนของโลหิตไม่ดีการหายใจของแผลจะช้า ฉะนั้นกิจกรรม
การพยาบาลที่สำคัญคือพยาบาลจะต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและกระตุ้นให้ผู้ป่วย
ปฏิบัติตามเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ภายหลังผ่าตัด

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 5 "ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่าง
ถูกต้องครบถ้วน ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.90 เป็น 10.92 และค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยน
จาก 0.60 เป็น 0.57 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าในบางครั้งพยาบาลอาจไม่เห็นความสำคัญ
ของการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งอาจจะเลย ไม่ถูกต้องหรือครบถ้วนตามแผนการรักษา
โดยกิจกรรมการพยาบาลนี้เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการ
ติดเชื้อ

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 6.2 "ตรวจสอบพบอุณหภูมิสูงขึ้นเกินกว่า 38 °C" ข้อ 6.5
"ผลการตรวจเลือดพบปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 10,000 เซลล์/ลบ.ซม." ค่ามัธยฐาน
เปลี่ยนจาก 10.67 และ 10.71 เป็น 10.71 และ 10.75 และค่าการกระจายควอไทล์
เปลี่ยนจาก 1.31 และ 1.31 เป็น 1.19 และ 1.13 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า

การติดเชื้อของบาดแผลนอกจากบาดแผลมีอาการบวม แดงร้อนแล้วการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงเกินกว่า 38°C และอาจพบว่าปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ไม่ควรละเลย เมื่อพบอาการดังกล่าว

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 7.7 "ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยทุก 4-6 ชั่วโมง" ข้อ 7.8 "ปลอดภัยผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.71, 10.67 เป็น 10.75, 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.19, 1.03 เป็น 1.02, 0.96 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าเมื่อแผลมีการติดเชื้อผู้ป่วยจะต้องมีความวิตกกังวล ฉะนั้นพยาบาลจะต้องคอยปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วยมิให้ท้อแท้ และร่วมมือในการดูแลรักษาซึ่งจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 4 อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติสูงไม่เกิน 37.5°C ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.28 เป็น 10.39 และการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.66 เป็น 1.40 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมากขึ้นเนื่องจากเห็นด้วยกับผู้ป่วย ซึ่งได้ปรับปรุงข้อความว่า "ไม่มีไข้" เป็นอุณหภูมิของร่างกายอยู่ในระดับปกติสูงไม่เกิน 37.5°C

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 1 "จัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย" ข้อ 2 "อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงประโยชน์ที่ต้องได้รับสารอาหาร ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.79 และ 10.62 เป็น 10.82 และ 10.85 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 0.94 และ 0.93 เป็น 0.76 และ 0.65 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าภายหลังผ่าตัดแพทย์จะเริ่มให้อาหารผู้ป่วยตามสภาพของผู้ป่วยเช่น อาหารเหลว อาหารอ่อนจนถึงอาหารธรรมดา ซึ่งมีความสำคัญมากเพราะในบางครั้งตัวผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตาม พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจพร้อมทั้งจัดอาหารให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 2 "ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่น้อยลงกว่าปกติ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.38 เป็น 10.39 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.62 เป็น 1.29 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า ในการประเมินภาวะขาดอาหารของผู้ป่วยจะประเมินยาก วิธีหนึ่งที่สามารถกระทำได้คือพยาบาลจะต้องสังเกตการรับประทานอาหารของผู้ป่วยว่าได้น้อยลงกว่าปกติ

มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาด้านเศรษฐกิจ

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 3 "ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น พูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน" โดยค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.67 เป็น 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.08 เป็น 1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมักไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และผู้ป่วยอื่นดังนั้นวิธีหนึ่งที่สามารถประเมินว่าผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงคือผู้ป่วยเริ่มสนใจสิ่งแวดล้อมและผู้ป่วยด้วยกันซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

มาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 1 "อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ฯ" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.75 เป็น 10.82 และค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.12 เป็น 0.76 โดยผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความให้พิจารณาระดับการศึกษาของผู้ป่วยก่อนให้คำแนะนำ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับต่ำบางครั้งการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอาจจะเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

มาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 2.7 "พักผ่อนภายหลังรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.71 เป็น 10.75 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.31 เป็น 0.99 โดยให้เหตุผลว่าเป็นการปฏิบัติตัวที่จำเป็นของผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะอาจเกิดอาการ Dumping Syndrome ได้

มาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 6 "แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจโลหิตดูภาวะโลหิตจางทุกปี" ค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 10.52 เป็น 10.56 ค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนจาก 1.58 เป็น 1.46 โดยให้เหตุผลว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่ค่อยมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจภาวะโลหิตจางทุก 6 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความเป็นแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจโลหิตดูภาวะโลหิตจางทุก 1 ปี ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นด้วยเพิ่มขึ้น

ตอนที่ 2 ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ

จากการสอบถามถึงการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ชำนาญการจำนวน 85 คน จากมาตรฐานเชิงกระบวนการทั้งหมด 148 ข้อพบว่า ผู้ชำนาญการทุกคนตอบได้ปฏิบัติจำนวน 77 ข้อ ผู้ชำนาญการมากกว่าร้อยละ 80 ตอบได้ปฏิบัติจำนวน 70 ข้อ ผู้ชำนาญการน้อยกว่าร้อยละ 80 ตอบได้ปฏิบัติเพียง 1 ข้อ ส่วนผู้ชำนาญการมากกว่าร้อยละ 80 ตอบได้ปฏิบัติเป็นครั้งคราวจำนวน 115 ข้อ และผู้ชำนาญการน้อยกว่าร้อยละ 80 ตอบได้ปฏิบัติเป็นครั้งคราวเพียง 5 ข้อ สำหรับผลการสำรวจมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ทั้งหมด 51 ข้อพบว่าผู้ชำนาญการทุกคนตอบได้ผลจำนวน 9 ข้อ ผู้ชำนาญการมากกว่าร้อยละ 90 ตอบได้ผลจำนวน 42 ข้อซึ่งพอสรุปความคิดเห็นของผู้ชำนาญการที่ชี้แจงไว้ในข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติและปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุด รวมทั้งข้อที่ปฏิบัติแล้วไม่ได้ผลมากที่สุดไว้ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.24 คือข้อ 4.2 "จัดให้ผู้ป่วยนอนราบและยกปลายเท้าสูง 15-30 องศาและห่มผ้าให้ร่างกายอบอุ่น" ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไม่ได้ปฏิบัติ 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 3 คน โรงพยาบาลทั่วไป 3 คน โดยให้เหตุผลว่าให้ผู้ป่วยนอนราบอย่างเดียวไม่ต้องยกปลายเท้า เพราะผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงยังไม่มีอาการ

ช็อค และอุปกรณ์เช่น เตียง และที่นอนไม่เอื้ออำนวยที่จะยกปลายเตียงสูงและบางครั้งจะไม่สะดวกในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการช็อคและในข้อที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 22.35 คือข้อ 4.3 "ให้ออกซิเจนในอัตรา 4-6 ลิตรต่อนาที ทางสาย canula มีผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลศูนย์ 3 คน โรงพยาบาลทั่วไป 16 คน โดยให้เหตุผลว่าจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนว่ามีอาการขาดออกซิเจนหรือไม่ ถ้ามีจึงจะให้ออกซิเจนและให้ออกซิเจนทาง mask เป็นบางครั้งไม่ได้ให้ด้วยสาย canula ทุกครั้ง

มาตรฐานที่ 2 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 และปฏิบัติเป็นครั้งคราวสูงสุดร้อยละ 21.18 คือข้อ 4.1 "สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่แสดงว่ามีการขาดน้ำ ถ้าพบมีอาการกระหายน้ำริมฝีปากแห้ง" ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลทั่วไป 3 คนไม่ได้ปฏิบัติ โรงพยาบาลส่วนกลาง 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 2 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 14 คนปฏิบัติเป็นครั้งคราวโดยให้เหตุผลที่คล้ายคลึงกันว่าผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทางปากจะมีริมฝีปากแห้งได้ อาจไม่ใช่จากอาการขาดน้ำ จึงไม่รายงานแพทย์ทันที แต่จะดูสภาพผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

มาตรฐานที่ 3 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดร้อยละ 14.12 และปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุดร้อยละ 27.06 คือข้อ 10 "เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดระดับต่ำ เช่น ให้อ่านหนังสือหรือฟังเพลงเบา ๆ" ในข้อนี้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 4 คนและโรงพยาบาลทั่วไป 7 คนไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่าไม่มีอุปกรณ์เช่น เทปหรือวิทยุให้ผู้ป่วยฟัง และสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมในการอ่านหนังสือหรือฟังเพลง ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลส่วนกลาง 3 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 16 คน ปฏิบัติเป็นครั้งคราวโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะฟังเพลงหรืออ่านหนังสือแต่จะให้ญาติหาคูเบี่ยงเบนความสนใจแทน

มาตรฐานที่ 4 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดเท่ากัน 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 3.61 คือข้อ 1.2 "ดูแลสายยางที่ต่อจากผู้ป่วยไปยังเครื่องดูดไม่ให้พันงอและยึดแน่นกับเตียง โดยใช้เข็มกลัดติดกับผ้าปูที่นอนและมีความยาวพอที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวได้สะดวก" ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน ให้เหตุผลว่าจะยึดสายยางติดกับเตียงขณะผู้ป่วยนอนเท่านั้นถ้าผู้ป่วยมีกิจกรรมอื่นจะติดกับเลื้อยบริเวณไหล่แทนและโรงพยาบาลทั่วไป 2 คน ไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่าไม่ได้ใช้เข็มกลัดแต่จะใช้พลาสติกรัดติดแทน ข้อ 4 รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบว่ายังมีการอุดตันของสาย N.G.Tube ภายหลังใช้ syringe เป่าลม 15-20 ซี.ซี. แล้วไม่ได้ผลผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 2 คน ไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่าในรายงานว่าแพทย์ไม่ห้ามขยับสาย N.G.Tube จะขยับสายเล็กน้อยถ้าไม่มี Content ออกจึงรายงานแพทย์ และจะใช้วิธี Irrigate สายด้วย Normal Saline 10-20 ซี.ซี. ถ้าไม่ได้ผลจึงรายงานแพทย์ ข้อ 6 ติดตามผลอิเล็กโทรลิตในเลือด ถ้าพบว่ามีผิดปกติ รายงานแพทย์ทันทีโดยเฉพาะ K^+ ต่ำกว่า 3.5 mEq/L ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลทั่วไป 3 คน ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่มีการเจาะเลือดหา

ค่าอิลคโตรลิตที่หลังผ่าตัดและจะรายงานแพทย์เฉพาะกรณีที่แพทย์ขอผลด่วนหรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น และผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลทั่วไป 11 คนปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.25 คือข้อ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและตะแคงตัวหลังผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง และให้ลุกเดินโดยเร็วที่สุด เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมักไม่ค่อยยอมเคลื่อนไหวร่างกายทุก 2 ชั่วโมง แต่จะกระตุ้นให้เคลื่อนไหวเป็นครั้งคราวและไม่มีเวลาจะมากกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง แต่จะบอกญาติให้ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยแทน

มาตรฐานที่ 5 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.35 และปฏิบัติเป็นครั้งคราวสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 17.64 คือข้อ 6 กลั้วคอด้วยน้ำอุ่นและทาริมฝีปากด้วย Glycerine Borex หลังทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไม่ได้ปฏิบัติ 1 คน โดยให้เหตุผลว่าจะใช้เป็นน้ำยาบ้วนปากแทนน้ำอุ่น และทำวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น โรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน 1 คน แต่จะทำตามสภาพของผู้ป่วยอาจจะมากหรือน้อยกว่ามาตรฐานกำหนด และผู้ชำนาญการปฏิบัติเป็นครั้งคราวจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 คน โรงพยาบาลส่วนกลาง 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 11 คน โดยให้เหตุผลว่าจะใช้น้ำยาบ้วนปากแทนน้ำอุ่น เพราะผู้ป่วยอาจจะแสบกลืนได้หรือให้น้ำเย็นแทนน้ำอุ่นเพราะไม่มีเวลาต้มน้ำ ให้ผู้ป่วยหรือบางครั้งจะทำให้เมื่อผู้ป่วยมีริมฝีปากแห้งแตกไม่ได้ทำเป็นเวลาตามมาตรฐานกำหนดไว้

มาตรฐานที่ 6 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดเท่ากัน 2 ข้อคิดเป็นร้อยละ 9.41 คือข้อ 8.2 ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้ง 2 ซ้าง พบเสียงผิดปกติหรือได้ยินไม่ทั่วทุกกลีบปอด ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 5 คน ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากแพทย์จะเป็นผู้ตรวจร่างกายและฟังเสียงปอดเองและเจ้าหน้าที่ไม่มีความชำนาญ และข้อ 9.4 ฟังเสียงปอดพบมีเสียงดังกรอบแกรบ (Crepitation) หรือได้ยินเสียงเบาลงหรือไม่ได้ยินเสียงลมผ่านปอด ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 คนไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากเมื่อฟังเสียงปอดได้เสียงกรอบแกรบแล้วจะประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนรายงานแพทย์เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการอื่นได้ โรงพยาบาลส่วนกลาง 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1 คนและโรงพยาบาลทั่วไป 4 คน ไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่าแพทย์จะเป็นผู้ตรวจร่างกายเองจะรายงานเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเท่านั้น ข้อที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราวสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 9.41 จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยการหายใจลึก ๆ อย่างถูกวิธีด้วยอินเซนทีฟสปิโรมิเตอร์ (Incentive Spirometer) หรือเครื่องมือที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน เช่น เป่าขวด มีผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลศูนย์ 2 คน ปฏิบัติเป็นครั้งคราวด้วยการให้ผู้ป่วยหายใจลึกเพียงอย่างเดียว แต่ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจึงจะมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยเวชกรรมฟื้นฟูมาให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

โรงพยาบาลทั่วไป 6 คน ปฏิบัติเป็นครั้งคราวโดยให้เป่าลูกโป่งแทนเครื่องมือแต่จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อยจึงไม่สามารถทำตามมาตรฐานได้สม่ำเสมอ และข้อ 8.1 ทรวงอกขยายตัวไม่เต็มที่หรือไม่เท่ากันขณะหายใจเข้าผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 7 คนปฏิบัติเป็นครั้งคราวเนื่องจากในบางครั้งบุคลากรในระดับอื่นซึ่งไม่ใช่พยาบาลเป็นผู้ตรวจวัดอัตราการหายใจ จึงอาจไม่พบอาการดังกล่าวเพราะขาดความรู้และความชำนาญในการตรวจร่างกาย ข้อ 8.3 ตรวจนับการหายใจพบมีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลส่วนกลาง 1 คนและโรงพยาบาลทั่วไป 7 คน ปฏิบัติเป็นครั้งคราวโดยจะรายงานแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการหายใจเหนื่อยหอบมากกว่า 28 ครั้งต่อนาทีร่วมกับสังเกตอาการอื่นด้วย

มาตรฐานที่ 7 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5.88 คือข้อ 1.2 บิดพัสดลมและกัมมานให้เรียบร้อยก่อนเปิดเครื่องมือตกแต่งแผล ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลส่วนกลางไม่ได้ปฏิบัติ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 3 คน ให้เหตุผลว่าสถานที่ไม่อำนวยในการกัมมานแต่จะบิดพัสดลมเท่านั้น แต่จะเน้นทางด้านเทคนิคในการตกแต่งแผลแทน ข้อที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.94 คือข้อ 3.5 ส่งเสริมการหายใจของแผลโดยจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อการหายใจของแผล โดยจัดโปรตีน วิตามินเอและบีให้กับผู้ป่วย มีผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 9 คน ปฏิบัติเป็นครั้งคราว เนื่องจากมีความจำกัดเรื่องงบประมาณและการประกอบอาหารเป็นจำนวนมากแต่จะแนะนำญาติจัดทำมาให้

มาตรฐานที่ 8 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 17.64 ปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุดคิดเป็น 30.59 คือข้อ 10 ซึ่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 คน ซึ่งสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โรงพยาบาลศูนย์ 4 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 9 คน จะทำในรายที่แพทย์สั่งสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่โรงพยาบาลเพียง 7-10 วัน เท่านั้น ซึ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 คน โรงพยาบาลส่วนกลาง 2 คน โรงพยาบาลศูนย์ 4 คน โรงพยาบาลทั่วไป 19 คน ที่ทำเป็นครั้งคราวตามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจะชั่งตามแผนการรักษาของแพทย์คือ ซึ่งสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในรายปกติจะชั่งสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

มาตรฐานที่ 9 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 คือข้อ 7 ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลทั่วไป 3 คน ไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ แพทย์จะเป็นผู้ช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล ปัญหาของผู้ป่วยจึงไม่สามารถช่วยเหลือได้ตลอด ข้อที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.59 จำนวน 2 ข้อ คือข้อ 2 รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความสนใจและแสดงความเห็นใจด้วยคำพูดและอื่น ๆ เช่น ปีนมือ หรือแตะแขนเบา ๆ เป็นต้น ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลศูนย์ 3 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 6 คนปฏิบัติเป็นครั้งคราวเนื่องจากมีบุคลากรปฏิบัติงานน้อย จึงไม่มีเวลารับฟังปัญหาผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลานาน ๆ แต่เมื่อว่างจากงานก็สามารถปฏิบัติได้และข้อ 9 หาโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบและพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน

และทำผ่าตัดแบบเดียวกันที่มีอาการดีขึ้น ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลทั่วไป 1 คน ไม่ได้ทำเนื่องจากผู้ป่วยโรคเดียวกันในเวลาเดียวกันไม่ค่อยพบกัน โรงพยาบาลศูนย์ 2 คน โรงพยาบาลทั่วไป 7 คน ทำได้เป็นครั้งคราวเนื่องจากไม่ได้มีการจัดกลุ่มสันทนาของผู้ป่วย และจำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย ไม่มีเวลาทำกลุ่ม

มาตรฐานที่ 10 ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.65 และปฏิบัติเป็นครั้งคราวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.82 คือข้อ 9 แจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 คน ส่วนกลาง 3 คน ศูนย์ 5 และโรงพยาบาลทั่วไป 22 คน ไม่ได้จัดพิมพ์คู่มือในการปฏิบัติตน มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 คน ส่วนกลาง 2 คน ศูนย์ 4 คน และทั่วไป 9 คน จะเลือกเป็นบางรายที่มีผู้ป่วยสนใจและเห็นความสำคัญและเอกสารมีน้อยไม่เพียงพอที่จะแจกให้กับผู้ป่วยทุกคน

จากการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว พบสรุปเหตุผลที่ผู้ชำนาญการให้ไว้ ดังนี้

1. จำนวนบุคลากรมีน้อย กิจกรรมบางกิจกรรมไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้ เนื่องจากผู้ป่วยในความรับผิดชอบมีมาก ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้ หรือไม่ครบถ้วน เช่น ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวและลุกจากเตียง โดยเร็วที่สุด โดยผู้ชำนาญจะบอกหรือแนะนำผู้ป่วยและญาติเท่านั้น แต่จะไม่มีเวลาไปกระตุ้นพองด้วยตนเอง ผู้ชำนาญการบางท่านต้องปฏิบัติงานประจำให้เสร็จก่อนจึงจะมีเวลาใกล้ชิดผู้ป่วย หรือรับฟังปัญหาของผู้ป่วยซึ่งต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นเวลานานผู้ป่วยจึงจะให้ความเชื่อมั่นและเปิดเผยปัญหาให้ทราบ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วย ถ้ากำลังคนไม่เพียงพอ โอกาสที่จะทำงานมีประสิทธิภาพย่อมมีน้อย ดังนั้นผู้บริหารที่ต้องการ จะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่เป็นมาตรฐานก็ควรจัดกำลังคนให้เพียงพอกับงาน

2. อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ไม่เพียงพอ เช่น การจัดทำเอกสารในการปฏิบัติตัว ให้กับผู้ป่วยกลับบ้าน เอกสารมีน้อยไม่เพียงพอในการแจก และไม่เพียงพอในการจัดพิมพ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ควรมีการปรับปรุงเพื่อส่งเสริมให้การพยาบาลอยู่ในระดับมาตรฐาน โดยเฉพาะสถาบันในระดับโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งยังขาดแคลนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็น

ผลการสำรวจมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 45 ข้อทุกข้อความได้ผลมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งพอสรุปข้อคิดเห็นของผู้ชำนาญการได้ดังนี้

1. สภาวะสุขภาพได้แก่ สภาพความเจ็บป่วยและพยาธิ สภาพของโรคที่เป็นผู้ป่วยแต่ละคนเมื่ออยู่ หรือการมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เป็นข้อจำกัดที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้ผลเช่น มาตรฐานที่ 7 ข้อ 5 "แผลหายดีตัดไหมได้ภายใน 7 วัน" ผู้ชำนาญการตอบไม่ได้ผลร้อยละ 3.53 โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีภาวะช่องท้องอักเสบอยู่ก่อนการผ่าตัดทำให้มีการติดเชื้อใน

ช่องท้อง ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลถูกต้องครบถ้วน ดีมากเพียงใดก็ตาม ก็ไม่สามารถทำให้ผลการพยาบาลบรรลุตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ได้

2. ความแตกต่างกันในเรื่องโครงสร้างของสถาบันและแนวทางในการดูแลรักษาของแพทย์แต่ละท่านไม่เหมือนกันเช่น มาตรฐานที่ 2 ข้อ 2 "ค่าอิเล็กโทรลิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ฯ" ผู้ชำนาญการตอบว่าไม่ได้ผลร้อยละ 4.70 โดยให้เหตุผลว่าไม่มีการเจาะเลือดหาค่าอิเล็กโทรลิตที่ทุกรายแต่จะทำเฉพาะในรายที่มีปัญหาเท่านั้น หรือมาตรฐานที่ 6 ข้อ 6 "ภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกปกติ" ผู้ชำนาญการตอบไม่ได้ผลร้อยละ 4.70 โดยให้เหตุผลว่าไม่มีการถ่ายเอ็กซเรย์ภายหลังผ่าตัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อการประเมินคุณภาพจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ไปนั้น ได้ผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่

3. ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติ เช่นผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องพื้นฐานการศึกษา ระดับสติปัญญา ความเชื่อ เจตคติ หรือการรับรู้ เมื่อพยาบาลให้คำแนะนำหรือการสอนในการปฏิบัติตนผู้ป่วยจำไม่ได้ ไม่เข้าใจเมื่อซักถามก็ตอบไม่ได้ และไม่ปฏิบัติตาม เช่น ในมาตรฐานที่ 5 ข้อ 2 "ผู้ป่วยให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องในระหว่างการคาสายยางทางจมูก" ผู้ชำนาญการตอบไม่ได้ผลร้อยละ 3.53 โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำถึงแม้จะชี้แจง ให้เห็นถึงประโยชน์ของการใส่สาย N.G. Tube แล้วก็ตาม โดยเฉพาะผู้ป่วยในรายสูงอายุ มักไม่ให้ความร่วมมือ นอกจากนั้นพยาบาลยังขาดความพร้อมในการปฏิบัติพยาบาล เช่น บุคลากรมีน้อย ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้หรือปฏิบัติได้เป็นครั้งคราวหรือมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของพยาบาล เช่น การฟังเสียงปอด การฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหว ผู้ชำนาญการหลายท่านไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่า แพทย์เป็นผู้ปฏิบัติอยู่แล้วและไม่มีความชำนาญในการปฏิบัติ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติค ภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์จริงได้ ปัญหาและอุปสรรคเพียงส่วนน้อยที่กล่าวมานั้น สามารถแก้ไขได้ ถ้าทุกคนร่วมมือร่วมใจกันจากทุก ๆ ฝ่าย รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างของหน่วยงานนั้น ๆ ให้ชัดเจน ก็สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามมาตรฐานกำหนดไว้ และสามารถประเมินคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานนั้น ๆ ได้

สรุปการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ และนำมาตรฐานที่สร้างขึ้นไปสำรวจการปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ของประเทศ โดยให้ผู้ชำนาญการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ชำนาญการ โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลหรือการรักษาหรือการสอน มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปรวม 30 ท่าน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 3 รอบ สำหรับผู้ชำนาญการเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนไม่น้อยกว่า 3 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไป และไม่ได้รับเลือกเป็นผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยครั้งนี้รวม 85 ท่าน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามการสำรวจการปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์จริง

เครื่องมือเครื่องใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามร่างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนมีทั้งหมด 3 ชุดคือ

แบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นร่างมาตรฐานการพยาบาลโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอนคือ กิจกรรมการพยาบาล(มาตรฐานเชิงกระบวนการ)และผลของการพยาบาล(มาตรฐานเชิงผลลัพธ์) ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายปิดและเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 1 ว่า "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ในแต่ละข้อความพร้อมทั้งเสนอความคิดเห็นอื่น ๆ ตามความจำเป็นและความสำคัญก่อนหลัง

แบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นร่างมาตรฐานที่แก้ไขปรับปรุงจากชุดที่ 1 แต่จะเพิ่มอัตราส่วนประมาณค่าออกเป็น 11 ระดับคะแนน เป็นแบบสอบถามปลายปิดและเปิดประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วนเช่นเดียวกับชุดที่ 1

แบบสอบถามชุดที่ 3 เป็นร่างมาตรฐานเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 2 แต่จะเพิ่มค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์ประจำแต่ละข้อรวมทั้งแสดงคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ด้วย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามชุดที่หนึ่ง, สองและสามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบทั้งหมด 3 รอบ และวิเคราะห์ตามแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งในรอบที่สาม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคำตอบเพียงเล็กน้อย และการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ทำให้ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์เปลี่ยนไปจนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งแบบสอบถามในรอบที่ 4 ดังนั้นเมื่อได้แบบสอบถามรอบที่ 3 กลับคืน ผู้วิจัยจึงได้สรุปข้อความทั้งหมดเป็นมาตรฐานการพยาบาล โรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัด กระเพาะอาหารออกบางส่วน จากนั้นนำมาตรฐานการพยาบาลที่ได้ ไปสำรวจการปฏิบัติ การพยาบาลในสถานการณ์จริง โดยให้ผู้ชำนาญการจำนวน 85 คน ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ระดับต่าง ๆ ของประเทศไทย 85 แห่ง โดยเป็นผู้ชำนาญจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 6 คน โรงพยาบาลส่วนกลาง 6 คน โรงพยาบาลศูนย์ 15 คนและโรงพยาบาลทั่วไป 58 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยใช้อัตราส่วนเป็นร้อยละ
2. วิเคราะห์หาค่าสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแบบสอบถามชุดที่ 2 และชุดที่ 3 โดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าการกระจายควอไทล์
3. จำแนกคุณสมบัติของผู้ชำนาญการ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าเป็นอัตราส่วนร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน และตอนที่ 2 เป็นผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในประเทศไทย

ตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าข้อความในมาตรฐานทุกข้อมีค่ามัธยฐานสูงกว่า 9 และมีค่าการกระจายควอไทล์มากกว่า 2 อยู่ 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดข้อความนั้นออกไปกำหนดเป็น

มาตรฐาน ส่วนที่เหลือมีค่าการกระจายคอวล์น้อยกว่า 2 จึงนำมากำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลทั้งหมด 10 มาตรฐานประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ 148 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 51 ข้อดังรายละเอียดต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 1 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 5 ข้อใหญ่ 11 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.20-10.92 มีค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.54-2.56 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อใหญ่ 2 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.27-10.75 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.99-1.25 (ดังแสดงในตารางที่ 17)

มาตรฐานที่ 2 "ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 3 ข้อใหญ่ 19 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.50-10.85 มีค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.63-1.48 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.67-10.75 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.81-1.08 (ดังแสดงในตารางที่ 18)

มาตรฐานที่ 3 "ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาบรรเทาชนิดเสพติด" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 11 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.80-10.88 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.63-1.33 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.56-10.82 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.73-1.17 (ดังแสดงในตารางที่ 19)

มาตรฐานที่ 4 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 6 ข้อใหญ่ 4 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.22-10.92 ค่าการกระจายคอวล์ 0.58-2.25 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.28-10.71 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 1.02-1.75 (ดังแสดงในตารางที่ 20)

มาตรฐานที่ 5 "ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย จากคาสายยางจากกระเพาะอาหาร (N.G.Tube)" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 6 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.71-10.90 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.60-1.13 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 4 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.56-10.82 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.73-1.12 (ดังแสดงในตารางที่ 21)

มาตรฐานที่ 6 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบและปอดบวม" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 6 ข้อใหญ่ 9 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.50-10.90 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.60-1.33 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.71-10.85 ค่าการกระจายคอวล์อยู่ระหว่าง 0.64-1.05 (ดังแสดงในตารางที่ 22)

มาตรฐานที่ 7 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 2 ข้อใหญ่ 25 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.40-10.98 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.52-1.61 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 5 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.39-10.82 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.72-1.40 (ดังแสดงในตารางที่ 23)

มาตรฐานที่ 8 "ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 12 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.56-10.85 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.65-1.46 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 5 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.39-10.67 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 1.14-1.29 (ดังแสดงในตารางที่ 24)

มาตรฐานที่ 9 "ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 9 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.71-10.85 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.65-1.08 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.71 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.96-1.02 (ดังแสดงในตารางที่ 25)

มาตรฐานที่ 10 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน" มาตรฐานเชิงกระบวนการ 8 ข้อใหญ่ 12 ข้อย่อยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.56-10.82 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.73-1.46 และข้อความด้านมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 5 ข้อใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 10.62-10.71 ค่าการกระจายควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.96-1.02 (ดังแสดงในตารางที่ 26)

ตอนที่ 2 ผลการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน ในสถานการณ์จริง จากผู้ชำนาญการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ จำนวน 85 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 1 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด" ประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ 16 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 11 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.24 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 28) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 8 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 8 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.70 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 38)

มาตรฐานที่ 2 "ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 22 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 6 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 29) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน

3 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.70 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 39)

มาตรฐานที่ 3 "ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 11 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.12 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 30) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อ ไม่มีข้อความใดเลยที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง

มาตรฐานที่ 4 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 10 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 6 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.61 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 31) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 40)

มาตรฐานที่ 5 "ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคาสายยางจากกระเพาะอาหาร (N.G. tube)" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 6 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 2 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.35 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 32) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 4 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 41)

มาตรฐานที่ 6 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวม (Pneumonia) ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 15 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 9 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.41 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 33) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 6 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 6 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.70 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 42)

มาตรฐานที่ 7 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 27 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 9 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5.88 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 34) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 5 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 5 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 43)

มาตรฐานที่ 8 "ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย" ประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ 12 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 9 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 17.64 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงใน ตารางที่ 35) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 5 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 5 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.24 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 44)

มาตรฐานที่ 9 "ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 9 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.53 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงใน ตารางที่ 36) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 3 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.35 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 45)

มาตรฐานที่ 10 "ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตน ได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน" ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ 20 ข้อ มีข้อ "ไม่ได้ปฏิบัติ" ในสถานการณ์จริง จำนวน 11 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ปฏิบัติ" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.65 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.18 (ดังแสดงในตารางที่ 37) ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 5 ข้อ มีข้อที่ผู้ชำนาญการตอบ "ไม่ได้ผล" ในสถานการณ์จริง จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ "ไม่ได้ผล" มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5.88 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.35 (ดังแสดงในตารางที่ 46)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรมีการสร้างมาตรฐานเชิงโครงสร้างของหน่วยงานให้สมบูรณ์ และปรับปรุง สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัญหาบางประการที่ ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานเนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน โครงสร้างทำให้มาตรฐานด้านกระบวนการและมาตรฐานด้านผลลัพธ์ไม่สมบูรณ์ด้วย

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในแต่ละ ประเภทเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลและประเมินคุณภาพการพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับปรุงคุณภาพ การพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการจัดอบรมพยาบาลให้รู้จักวิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลประเภทต่าง ๆ

3. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้นำมาตรฐานการพยาบาลที่มีผู้สร้างขึ้นไว้แล้วไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในระดับหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ โดยการจัดประชุม อบรม ชี้แจงวิธีการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้ให้ทุกคนเข้าใจถูกต้องตรงกัน

4. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเกณฑ์ โดยที่จะต้องคำนึงถึงลักษณะโครงสร้างของหน่วยงานนั้น ๆ ด้วย

5. ผู้บริหารของโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรจัดให้บุคลากรได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองในด้านวิชาการ เช่น ให้บุคลากรได้มีโอกาสไปอบรมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติอยู่ หรือให้มีโอกาสได้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อจะได้กลับมาทำหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากิจกรรมในบางข้อผู้ชำนาญไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่า ไม่มีความชำนาญเพียงพอ

6. ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคแผลเปปติคทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

2. ด้านบริการพยาบาล

1. พยาบาลควรนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนไปใช้ในการปฏิบัติจริง เพื่อเป็นการประกันได้ว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ในมาตรฐานส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล

3. ควรปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนที่สร้างขึ้นนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคแผลเปปติคที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการอื่น ๆ โดยเพิ่มหรือลดกิจกรรมการพยาบาลบางส่วนให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำมาตรฐานการพยาบาลโรคแผลเปปติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนไปใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาถึงผลการนำมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ไปใช้กับผู้ป่วย
3. ควรมีการวิจัยด้านการบริหารหน่วยงาน เพื่อการพัฒนาบริการด้านสุขภาพอนามัยให้เป็นไปตามมาตรฐานเชิงโครงสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ขึ้นอีก





บรรณานุกรม

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล "วิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาล" ใน มาตรฐานการพยาบาล
ทฤษฎีและปฏิบัติ การประชุมวิชาการครั้งที่ 4. สมพันธ์ ทิพย์ธีระนันท์(บรรณาธิการ)
กรุงเทพ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2529
- เกรียงไกร อัครวงศ์. ปัญหาสำคัญในระบบทางเดินอาหาร. ทองดี ชัยพานิช บรรณาธิการ
พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร, 2523
- เกษม บุญอ่อน "เดลฟาย: เทคนิคในการวิจัย" คุรุปริทัศน์. 4 (ตุลาคม, 2522): 27-28
- จรัสศรี สายทอง "การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีทางระบายออกทางหน้าท้อง" พยาบาลสาร 12
(ตุลาคม - ธันวาคม 2528): 30-34
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิชาการระบบทางเดินอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพฯ: ร.ประมวลกิจจำกัด, 2520
- จงจิต ฅนากุล. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดคอทางปากสำหรับผู้ป่วยในหออภิบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาทางการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528
- จงจิต เสน่หา. มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่ได้รับการทำเพอริโตเนียมโตอะลัสซีล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529
- สุลิพร เชาวน์เมธากิจ "มาตรฐานการพยาบาล" วารสารพยาบาล 31 (ตุลาคม-ธันวาคม, 2525):
26-42
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ. การประเมินคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาล
ศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาทางการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524
- ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529
- ทองดี ชัยพานิช. "ศัลยกรรมวิธีเพื่อการรักษา Peptic Ulcer" ใน วิวัฒนาการในโรคระบบ
ทางเดินอาหารเล่ม 4 สุชา คุระทองและคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร,
2529
- ทองหล่อ วิภาวัน, ลัดดาวัลย์ หวังพานิช และจิราภรณ์ บุญส่ง "แบบวัดทัศนคติตามวิธีของเทอร์สไตน์"
วารสารการจัดผลการศึกษา (กันยายน-ธันวาคม 2526): 18-22

- ทัศน์า บุญทอง และมาลี สิงธิเกษตริณ "องค์ประกอบในการประกันคุณภาพการพยาบาล" ใน ประมวลการประชุมการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ณ หอประชุมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 2-7 พฤศจิกายน 2522
- นภาพร แก้วนิมิตชัย. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530
- บุษผา เศษโพธิ์. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระยะ 72 ชั่วโมง แรกขณะอยู่ใน ไอ.ซี.ยู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530
- ประกิจ วาทีสารทกิจ และคณะ "ภาวะแทรกซ้อนของปอดในผู้ป่วยทางศัลยกรรม" แพทย์สารทหารอากาศ 26 (มกราคม 2523): 19-25.
- ปิยะรัตน์ ตาตินิจ "การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล" วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 4 (เมษายน- มิถุนายน 2524): 11-27
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลชีวะ, การบันทึกการพยาบาล. กรุงเทพฯ:ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ตามแนววิทยาศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2 ; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองการพิมพ์, 2522
- พงศ์เทพย์ สิงห์พันธ์ ศัลยศาสตร์ทั่วไป: แนวคิดและปัญหา, กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์, 2526
- ไพศาล ทรงพานิช การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2526
- พันธุ์เกษม กิจานนท์ วิศิษฐ์ วิจิตวัฒน์ และบรรเทิง รัชตนิติ, พื้นฐานศัลยศาสตร์ (แผนกวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) กรุงเทพฯ: บำรุงนุกุลกิจ, 2521
- พาริตา อิบราฮิม คู่มือปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2526
- ภาสิต พานิชยานนท์ ศัลยกรรมกระเพาะอาหาร. ณรงค์ ไวย่างกูร บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: วังพญาไท, 2523
- ยุพิน ดีสมศักดิ์ "การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทางระบายทางหน้าท้อง" วารสารพยาบาล 34 (กรกฎาคม - กันยายน 2528): 301-314
- ราศรี ลีนะกุล. การสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาทางการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528

เรณู อาจสาลี. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลในท้องถื่นสำหรับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528

รัตนา คำบุญเรือง "มาตรฐานการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาล" เอกสารประกอบการประชุม พยาบาลแห่งชาติ (ครั้งที่ 6 ณ ห้องประชุมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 2-7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2522)

ลออ ทูตากร จรรยาสำหรับพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2522

วิเชียร ทวีลาภ การนิเทศการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2522

วิเชียร เกตุสิงห์ สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2525

วิเชียร เกตุสิงห์ การสร้างแบบวัดเจตคติโดยอาศัยความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลที่น่าเชื่อถือ
ข่าวสารวิจัยการศึกษา (เมษายน - พฤษภาคม) 2526 หน้า 22-23

ศรีแพร แฉล้มเขต การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่สวนคาสายปัสสาวะทางท่อปัสสาวะ
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529

สมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปัญหาสำคัญในโรกระบบทางเดินอาหาร.

ทองดี ชัยพานิช บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร, 2521

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย "เรื่องคุณภาพการพยาบาล" เอกสารประกอบการประชุมพยาบาล
แห่งชาติ (ครั้งที่ 6 ณ ห้องประชุมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 2-7 พฤศจิกายน 2522)

สุภาพ วาดเขียน เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ลักษณะที่ดี ชนิดและวิธีหาคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2525

สุนันท์ ศลโกสุม "เทคนิคเดลฟาย" เอกสารประกอบการบรรยายวิชา, Research Methodology
(นักศึกษาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ 12 มีนาคม 2528)

สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุขปี 2526 กองสถิติสาธารณสุข, 2526

อุกฤษดิ์ เปล่งวานิช และอรพรรณ ชินัก Gastroenterology กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร, 2526

อนันต์ ศรีโสภ หลักการวิจัยเบื้องต้น กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2520

Armstrong, M. E. ed. McGraw-Hill Handbook of Clinical Nursing.

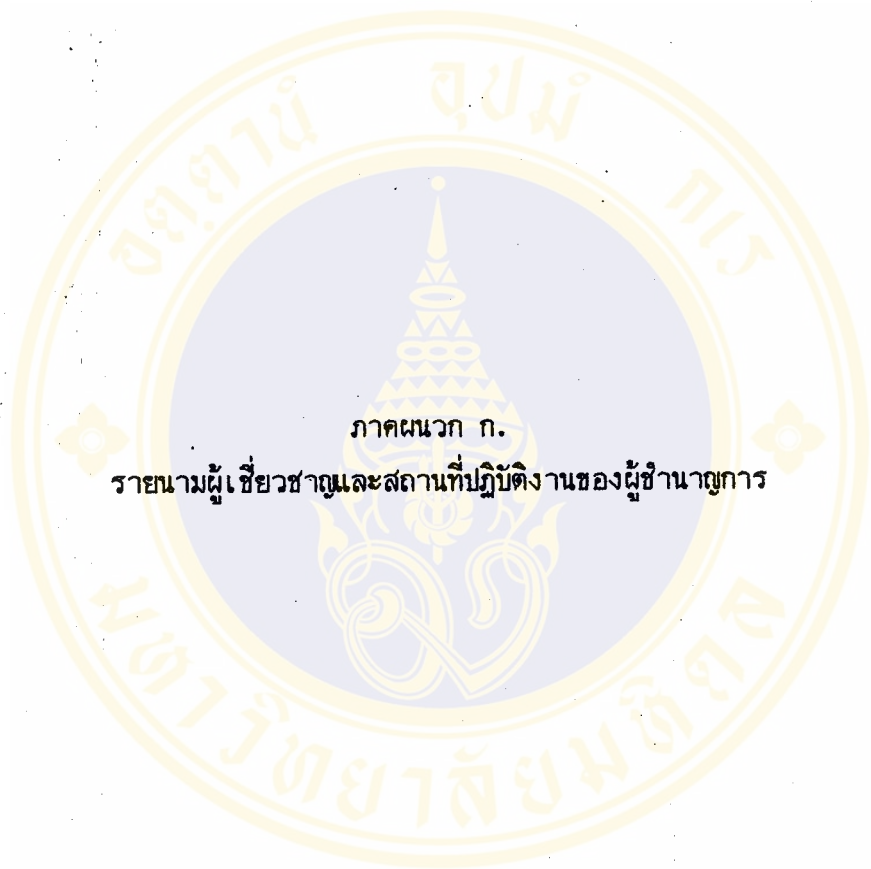
ToKoyo ; Mc. Graw - Hill Kogakusha, 1979

Banaparte B. H. Gastrointestinal Care: A Guide For Patient Education. U.S.A. : Appleton century - Crofts, 1981

- Beland, I. L. & Passon, J. Y. Clinical Nursing Pathophysiological and psychological Approach 3rd ed.; New York: Mc.Millan Publishing Comp., 1975
- Burton, F. & Salminen, C.A. "Controlling Postoperative Infection" Nursing 84. 14 (September 1984):43
- Brunner, L.S. & Suddarth, D.S. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 4th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott comp, 1980
- Carter, J.M. et.al. Standard of Nursing Care A guide for evaluation 2nd ed. ; New York: Springer Publishing Company, 1976
- Carrevali, D.L. "Preoperative Anxiety" American Journal of Nursing, 7 (July 1966):1537
- Dumphy, J.E. & Way, L.W. Current Surgical Diagnosis & Treatment, 3rd ed. Japan: Lange Medical Publication, 1977.
- Drain, C.B. "Managing Postoperative Pain" Nursing 84 14 (August 1984):52-55
- Dworken, H.J. Gastroenterology: Pathophysiology and Clinical Applications, Boston: Butterworths, 1982
- Ellis, H. & Culne, R.Y. Lecture Notes and General Surgery. 6th ed Singapore: Continental Press, 1983
- Flynn, M.E. & Rovee, D.T. "Promoting Wound Healing" American Journal of Nursing. 82 (October. 1982):1543-1558
- Given, B.A. & Simmons, S.J. Gastroenterology in clinical nursing, 4 ed; ST. Louis: The C.V. Mosby company 1984
- Goldin, M.D. Intensive care of the Surgical patient 2nd ed Chicago: Yearbook Medical Publishers. Inc, 1981
- Graffam, S. Care of the surgical Patient. New York: Mc Graw Hillbook comp, 1960
- Gribble, H.E. Gastro enterological Nursing. London: Bailliere Tindall, 1977
- Henderson, V. The Nature of Nursing, New York: Mc millan Publishing, 1966
- Humphrey, C. edited. Surgical Nursing. Sydney: Mc. Graw-Hillbook Comp, 1982
- Johnson, D.F. & Hood, G.H. Total patient Care: Foundation and Practice, 4th ed.; Saint Louis : The C.V. Mosby, Company 1976

- Kozier, B. & Erd, G.L. Fondamentals of Nursing:Concepts and Proceedurce,
Messachousets: Addison-Wesley Publishing Co,1979
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C. Medical-Surgical Nursing:A Psycho-Physiological
Approach, Philadelphia:W.B.Saunders, 1974
- Leveis, S.M. & Collier, I.C. Medical surgical Nursing:Asslssment and
Management of Clinical Problems.New York:Mc.Graw-Hill book comp, 1983
- Mason, E.J. How to Write Meaningful Nursing Standard, New York:A Walley
medical Publication John Wiley+Sons 1984
- Miller, M. C. & Knapp, R.G. Evaluation Quality of care:Analytic Procedures
Monitoring Techniques, Germantown:Aspen Systems Corporation, 1979
- Montanari, J. "Documenting your postop.Assessment Findings." Nursing 85.
45 (August 1985):31-35
- Moroney, J. Surgery for Nurses.5 ed.London:Willian Clones Limited, 1982
- Maitre, G.L. & Finnegan, J. The Patient in Surgery A guide for Nurses.
2nd ed. Philadelphia:N.B.Saunders comp, 1970
- Neuberger, G.B. "A New Look At Wound Care" Nursing 85 15 (February 1985):
34-41
- Netter, F.H. The Ciba Collection of Medical Ellustration Volum 3.
5th ed.;New York:Ciba, 1978
- Nicholls, M.E. & Wessells, V.G. Nursing Standard and Nursing Process
Wakefield: Contemporary Publishing, 1977
- Patras, A.Z. & Brozenec, S.A. "Gastrointetinal Assesment AORN Journal.
40 (November 1984):726-730
- Pausawasdi, A. "Management of Upper Gastro-intestinal Haemorrhage"
Thai J.Surg. 3 (April-June 1982):25-29
- Podijasek, J.H. "Which postop.patient faces the greatest respiratory risk".
RN.(September 1985):44-53
- Ralphs, D.N.L. "Dumping for dyspepsia?" Nursing Time 78 (November 1982):
1861

- Ramey, I.G. Setting Nursing Standard and Evaluating Care: Management for Nurse: A Multidisciplinary Approach 2nd ed. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1980
- Sanborn, C.W. & Blount, M. "Standard Plans" American Journal of Nursing. 84 (November 1984): 1394-1396
- Sindhvananda, K. Tanhipat, C. Klunhlin, K. "Current concept in management of peptic ulcer disease panel discussion" Thai Journal Surgery 7 (January-March 1986): 1-10
- Thompson, J.C. "The stomach and duodenum" in Text book of Surgery: the Biological basis of modern surgical practices 13th ed. Sabiston: W.B. Saunders comp, 1986
- Tucker, S.M. et. al. Patient Care Standard. 2nd St. Louis The C.V. Mosby Comp. 1980
- Watts, R.W. "Post operative pulmonary Complication" in Complications in Surgery and their Management Edited by Curtis P.A. & James, D.H. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1967
- Way, L.W. "Stomach and duodenum" in Current surgical diagnosis and treatment. 8th ed. Way L.W., Lange Medical Book, 1988
- Wolff, L.V. & Weitzel, M.H. Fundamentals of Nursing 7th ed Philadelphia: J.B. Lippincott comp, 1983
- Weisenberg, M. Pain: Clinical and Experimental Perspective. Saint. Louis: The C.V. Mosby Comp. 1975



ภาคผนวก ก.
รายนามผู้เชี่ยวชาญและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้

สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระวี	นิมลคำตัน	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลีโรจน์	กาญจนปัญญผล	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่องศรี	ศรีมรกต	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ทัศนีย์	ตั้งตรงจิตต์	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวเนาวรัตน์	ศิริกุล	โรงพยาบาลศิริราช
6. นางสาวสุดดี	โรจนะภีร์มย์	โรงพยาบาลศิริราช
7. นางสาวดวงมาลัย	ทองเนื่องาม	โรงพยาบาลศิริราช
8. รองศาสตราจารย์ธนิต	วัชรพุกก์	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. อาจารย์ชูลีพร	เชาวน์เมธากิจ	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
10. อาจารย์เสาวภา	พดดิพร	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
11. นางสาวเสนอ	แดงสกุล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
12. นางสาวบุญเรือง	ยุตยาจารย์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
13. นายแพทย์ไพศิษฐ์	ศิริวิทยากร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. อาจารย์สุนีย์	จันทร์มทเสถียร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
15. นางประทีน	ไชยศรี	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
16. นายแพทย์ชิต	เพชรนิเชฐเขียร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชอลดา	พันธุ์เสนา	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- | | | |
|------------------------------|--------------|---|
| 18. นายแพทย์วิทยา | ชาติบัญชาชัย | ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วลัยพร | นันทคุภวัฒน์ | ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- | | | |
|-------------------|----------------|--|
| 1. นายแพทย์ชาติรี | ปานชื่น | แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี |
| 2. อาจารย์ผกา | สุรคุปต์ | วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ |
| 3. นางจิตรา | หยุดทองอินทร์ | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. นายแพทย์โอภาส | ศิริรังคมานนท์ | แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี |
| 5. นายแพทย์แสงชัย | สีมาขจร | แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ |
| 6. นายแพทย์สงวน | ชัตตินานนท์ | แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชัยนาท |

สังกัดกรุงเทพมหานคร

- | | | |
|--------------------|-----------------|-----------------------------|
| 1. นายแพทย์พงษ์เทพ | สิงห์พันธ์ | แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระ |
| 2. อาจารย์จรงค์ | ศุภกิจเจริญ | วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ |
| 3. นางสาววนิดา | วาสุเทพรังสรรค์ | โรงพยาบาลวชิระ |
| 4. นางน้ำเพชร | แก้วปัญญา | โรงพยาบาลกลาง |

สังกัดกระทรวงกลาโหม

- | | | |
|-----------------------|---------|------------------------|
| 1. ร้อยเอกหญิงสมบุรณ์ | เหมพนาม | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
|-----------------------|---------|------------------------|

โรงพยาบาลทั่วไป

1. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. โรงพยาบาลพระพุทธบาทสระบุรี
3. โรงพยาบาลลพบุรี
4. โรงพยาบาลบ้านหมี่ ลพบุรี
5. โรงพยาบาลสิงห์บุรี
6. โรงพยาบาลอินทร์บุรี สิงห์บุรี
7. โรงพยาบาลอ่างทอง
8. โรงพยาบาลชัยนาท
9. โรงพยาบาลนนทบุรี
10. โรงพยาบาลสมุทรปราการ
11. โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
12. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี
13. โรงพยาบาลเลย
14. โรงพยาบาลระยอง
15. โรงพยาบาลตราด
16. โรงพยาบาลชัยภูมิ
17. โรงพยาบาลสุรินทร์
18. โรงพยาบาลบุรีรัมย์
19. โรงพยาบาลศรีสะเกษ
20. โรงพยาบาลสกลนคร
21. โรงพยาบาลเบตง ยะลา
22. โรงพยาบาลหนองคาย
23. โรงพยาบาลนครพนม
24. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
25. โรงพยาบาลมหาสารคาม
26. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
27. โรงพยาบาลพะเยา
28. โรงพยาบาลเชียงใหม่
29. โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ แม่ฮ่องสอน
30. โรงพยาบาลลำพูน
31. โรงพยาบาลน่าน
32. โรงพยาบาลแพร่

- 33 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
- 34 โรงพยาบาลแม่สอด ตาก
- 35 โรงพยาบาลสุโขทัย
- 36 โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย
- 37 โรงพยาบาลพิจิตร
- 38 โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
- 39 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
- 40 โรงพยาบาลอุทัยธานี
- 41 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
- 42 โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี
- 43 โรงพยาบาลเพชรบุรี
- 44 โรงพยาบาลทลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี
- 45 โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี
- 46 โรงพยาบาลสมุทรสงคราม
- 47 โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 48 โรงพยาบาลชุมพร
- 49 โรงพยาบาลระนอง
- 50 โรงพยาบาลพังงา
- 51 โรงพยาบาลกระบี่
- 52 โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต ภูเก็ต
- 53 โรงพยาบาลตรัง
- 54 โรงพยาบาลพัทลุง
- 55 โรงพยาบาลสตูล
- 56 โรงพยาบาลสงขลา
- 57 โรงพยาบาลปัตตานี
- 58 โรงพยาบาลนราธิวาส

จำแนกตามสังกัดของ โรงพยาบาลดังต่อไปนี้. -

โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

1. โรงพยาบาลศิริราช
2. โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. โรงพยาบาลศรีนครินทร์
6. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลในส่วนกลาง

1. โรงพยาบาลกลาง
2. โรงพยาบาลวชิระ
3. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
5. โรงพยาบาลหัวเฉียว
6. โรงพยาบาลราชวิถี

โรงพยาบาลศูนย์

1. โรงพยาบาลสระบุรี
2. โรงพยาบาลชลบุรี
3. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
4. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานี
6. โรงพยาบาลอุดรธานี
7. โรงพยาบาลลำปาง
8. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เชียงราย
9. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
10. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
11. โรงพยาบาลราชบุรี
12. โรงพยาบาลนครปฐม
13. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
14. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
15. โรงพยาบาลยะลา

ภาคผนวก ข.

**การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนที่ใช้เป็นแนวทาง
ในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลเปบติคภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน**

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการตกเลือด

การวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อค เนื่องจากการตกเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

- สารเหลวที่ดูดออกจากกระเพาะอาหารมีลักษณะเป็นเลือดสด ๆ มากกว่า 50 C.C./ชั่วโมง
- มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีแดงหรือดำ
- สิ่งระบายจากท่อระบายเป็นเลือดสด
- แผลผ่าตัดหน้าท้องมีเลือดซึมตลอดเวลา
- สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงปริมาณเลือดลดลงได้แก่ ชีพจรเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตลดลงจากบันทึกครั้งก่อนประมาณร้อยละ 20 ร่วมกับอาการกระสับกระส่ายเหงื่อออก ตัวเย็น
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์

การวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ป่วยมีโอกาสเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ เนื่องจากการ

1. มีการสูญเสียสารเหลวจากกระเพาะอาหารตลอดเวลา
2. มีการอุดตันของลำไส้หรือมีรอยรั่วระหว่างกระเพาะอาหารและลำไส้ที่ผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปาก และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว
- ผู้ป่วยสูญเสียสารเหลวออกจากกระเพาะอาหาร โดยผ่านทางสาย N-G tube ตลอดเวลา
- มีอาการแสดงถึงการอุดตันของลำไส้ เช่น ปริมาณสารเหลวที่ออกจากกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นผิดปกติ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หน้าท้องโป่งตึง ปวดท้องเป็นพัก ๆ ฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ
- มีอาการที่แสดงถึง การมีรอยรั่วระหว่างกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น สิ่งระบายที่ออกจากท่อระบายเป็นสารเหลวจากกระเพาะอาหารหรือน้ำดีจำนวนมาก
- มีการเปลี่ยนแปลงของค่าอิเล็กโตรลัยท์ในเลือดสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติ
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยา
บรรเทาปวดชนิดเสพติด

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการผ่าตัดและอาจได้รับผลข้างเคียงของยาบรรเทา
ปวดชนิดเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นปวดแผลมากและขอยาแก้ปวด
- ผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บปวด เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กัดฟันและริมฝีปาก
ร้องคราง กระสับกระส่าย เหงื่อออก
- ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการเปลี่ยนอิริยาบถหรือพลิกตัว
- ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจความดันโลหิตและการหายใจเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยอยู่ในระยะหลังผ่าตัด 48-72 ชั่วโมงแรก
- ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดตามแผนการรักษาของแพทย์
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท้องอืด

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการท้องอืด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่น แน่นอึดอัดในท้อง
- ไม่มีสารเหลวออกทางสาย N.G. Tube
- มีอาการคลื่นไส้ - อาเจียน
- หน้าท้องโป่งตึงและเคาะได้ยินเสียงโป่ง
- ฟังหน้าท้องไม่ได้ยินเสียงลำไส้เคลื่อนไหว
- ผลตรวจค่าอิเล็กโทรลิต์พบว่าค่าโปแตสเซียมต่ำกว่าปกติ
- ไม่สามารถเรอหรือผายลมได้เอง
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการค้ำค้ำยจากกระเพาะอาหาร (N - G tube)

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบาย เนื่องจากการค้ำค้ำยจากกระเพาะอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นนอนไม่หลับ รำคาญสาวยาง
- ผู้ป่วยบ่น เจ็บจุก เจ็บคอ ปากและคอแห้ง
- ผู้ป่วยบ่นรู้สึกอยากอาเจียนตลอดเวลา
- ผู้ป่วยไม่กลืนลิ้นหรือเปลี่ยนอิริยาบถ เนื่องจากกลัวสาวยางหลุด
- นอนหลับได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ต่อ วัน
- ผู้ป่วยพยายามดึงสาวยางออกจากจุกเอง
- ผู้ป่วยถามหรือบ่นว่าเมื่อไรจะเอาสาวยางออก
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวม (Pneumonia)

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะปอดแฟบและปอดบวม เนื่องจาก

1. มีเสมหะอุดกั้นหลอดลมเล็ก ๆ ภายในปอด
2. ผู้ป่วยไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ได้รับยาบางชนิดในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของการกดกลไกการถอนหายใจ
4. มีการขยายตัวของปอดน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

- ฟังเสียงปอดพบว่า มีเสมหะคั่งอยู่ภายในหรือมีเสียงกรอบเรบ (Crepitation)
- ผู้ป่วยไม่ยอมไอหรือหายใจลึก ๆ เนื่องจากเจ็บแผล
- ผู้ป่วยไอไม่ถูกวิธี ไม่มีเสมหะออก
- ผู้ป่วยหายใจเร็วและตื้น
- มีไข้สูงมากกว่า 38 °C หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย
- ผู้ป่วยสูงอายุมีประวัติสูบบุหรี่หรืออ้วนมาก
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจาก

1. ผู้ป่วยมีภาวะที่แสดงว่าการหายใจของแผลช้ากว่าปกติ เช่น ชีต
ทพโภชนา เบาหวาน ตับเสียหน้าที่
2. มีท่อระบายอยู่ใกล้แผลผ่าตัดและสิ่งระบายไหลออกปนเปื้อนแผลผ่าตัด
3. มีการติดเชื้อในช่องท้องอยู่ก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยดมมีน้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
- มีค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์
- ผู้ป่วยมีประวัติป่วยเป็นเบาหวานหรือโรคตับอยู่ก่อนการผ่าตัด
- มีการปนเปื้อนของอุจจาระและน้ำย่อยในขณะทำการผ่าตัด
- ผู้ป่วยมีภาวะเชื่อมต่อช่องท้องอักเสบก่อนการผ่าตัด
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
เนื่องจาก

1. อาหารที่โรงพยาบาลจัดให้มีรสชาติไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยชอบ
2. ระบบทางเดินอาหารยังทำงานไม่เป็นปกติ
3. ความจุของกระเพาะอาหารลดลงจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นเบื่ออาหาร
- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เป็นจำนวนน้อยในแต่ละมื้อ
- ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงจากก่อนผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 10
- ผู้ป่วยบ่นว่าอาหารของโรงพยาบาลรสไม่ถูกปาก
- ภายหลังจากรับประทานอาหารมีอาการแน่น อืดท้อง รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน
- ฯลฯ



มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นเนื่องจากไม่มั่นใจในการรักษาพยาบาลและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว ไม่พูดคุย
- ผู้ป่วยมีสีหน้าหม่นมุ่น ครุ่นคิด นอนไม่หลับ กระสับประส่าย
- ผู้ป่วยบ่นว่ากลัวไม่หายจากโรคที่เป็นและไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพอย่างเดิมได้
- ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นและเรื่องการรักษาพยาบาลอยู่เสมอและบ่อยครั้ง
- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเงิน ระหว่างการรักษา
- ฯลฯ

มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการผ่าตัดและปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปถึงบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผลการผ่าตัดจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนบางอย่างตามมาได้ เช่น กลุ่มอาการดัมปีง (Dumping Syndrome)
- ผู้ป่วยซักถามถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- เมื่อซักถามผู้ป่วยถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยตอบไม่ได้
- ฯลฯ