

ชื่อเรื่องการค้นคว้าแบบอิสระ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

ผู้เขียน นางสาวรัตติกาล มณีบุตร

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี	เย็นบุตร	ประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษณีย์	จินตะเวช	กรรมการ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจหากได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาและวิธีการที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ กลุ่มผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก รวม 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาล จำนวน 11 คน และ 2) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลแม่สอดและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจผ่านทางท่อหลอดลมคอตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ในระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 1.0 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก พัฒนามาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ จำนวน 42 เรื่อง ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติ จำนวน 104 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 32 ข้อ ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 29 ข้อ และระยะถอดท่อหลอดลมคอ จำนวน 43 ข้อ

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีความเห็นว่าข้อปฏิบัติ จำนวน 104 ข้อ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยมีข้อปฏิบัติ จำนวน 100 ข้อ ที่ผู้ทดลองใช้ทุกคน (12 คน) เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และมีข้อปฏิบัติจำนวน 4 ข้อ ที่ผู้ทดลองใช้ 11 คน เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

3. ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก บุคลากรทุกคน (12 คน) มีความคิดเห็นในระดับมาก เรื่อง ขั้นตอนชัดเจนและเข้าใจง่าย เนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความครอบคลุมการจัดการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก แนวปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์ในการจัดการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและชี้ให้เห็นว่าควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจและในการศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น อัตราการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

Independent Study Title Development of Clinical Practice Guidelines for Weaning off Mechanical Ventilation Among Pediatric Patients Admitted to the Intensive Care Unit at Maesot Hospital, Tak Province

Author Miss Rattikan Maneenut

Degree Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)

Independent Study Advisory Committee

Assistant Professor Dr. Jarassri Yenbut Chairperson

Assistant Professor Dr. Usanee Jintawet Member

ABSTRACT

When the weaning time and its method for pediatric patients receiving mechanical ventilation are improper, this will increase complications from its use and increase the medical expense. This developmental research aimed to develop clinical practice guidelines for weaning off mechanical ventilation among pediatric patients admitted to the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) at Maesot hospital, Tak province. The clinical practice guidelines (CPGs) were developed under the framework of the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999). There were two sample groups including; 1) CPGs user group: 1 pediatrician and 11 pediatric nurses and 2) 10 pediatric patients aged 1 month-15 years hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit receiving mechanical ventilation for more than 24 hours between 18 May 2009 and 18 June 2009. The instrument for data collection included; 1) the Possibility of CPGs Implementing Questionnaire and 2) the CPGs user's Opinion Questionnaire. Both questionnaires were approved for their content validity by 5 experts with the content validity indexes of 0.95 and 1.0, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study revealed that:

1. The CPGs for weaning off mechanical ventilation among pediatric patients admitted to the Intensive Care Unit at Maesot hospital, Tak province were developed from 42 evidences. The CPGs had the total of 104 items categorizing into three stages including 32 items of pre-weaning stage, 29 items of weaning stage, and 43 items of extubation stage.

2. For the feasibility of using the CPGs at the Pediatric Intensive Care Unit at Maesot Hospital, Tak Province, the healthcare personnel reported that all items (104 items) in the CPGs are feasible to use. For the feasibility of using, all users (12 personnel) agreed to 100 items, and 11 personnel agreed to the remaining of 4 items.

3. The users' opinion of using the CPGs, all 12 personnel showed the clarity in managing steps and easy to understand, practical content to be used in the real situation, practical content covering the management of weaning, and the guideline were useful in the management of weaning at a high level.

The results of this study show that the CPGs for weaning off mechanical ventilation among pediatric patients admitted to the Intensive Care Unit should be implemented in the clinical setting. Further study should consider the outcome of implementation such as rate of reintubation, duration of receiving mechanical ventilation, length of stay in a PICU, and the cost of hospitalization.