



## การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พรรณี แสงอินทร์ พย.ม.<sup>1</sup> ปาณิสรา ทองมี พย.บ.<sup>2</sup>  
สุพัฒตรา เป็ลยหนองแซ่ พย.บ.<sup>3</sup> เพ็ญพิศ เพ็ชรสังหาร พย.บ.<sup>3</sup>  
กิติยรัตน์ หาญลือ พย.บ.<sup>3</sup> สุธาร์รัตน์ แสนยะมูล พย.บ.<sup>4</sup>

(วันรับบทความ: 16 กรกฎาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 3 กันยายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 12 กันยายน พ.ศ.2567)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่มคือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลและสาขาวิชาชีพ 37 คน ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย 70 คนพร้อมผู้ดูแล แบ่งเป็น ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์ 35 คน ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 5 คน ใช้เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ 5 คน ระยะประเมินผล 30 คน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะคือ ศึกษาปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติ ทดลอง และประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ร้อยละ การเกิดภาวะแทรกซ้อน คะแนนความพึงพอใจ คะแนนการปฏิบัติ ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ด้วย Paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบสถานการณ์ปัญหา 1) ด้านผู้รับบริการ เกิดภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวเครียด กังวล 2) ด้านผู้ให้บริการขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลและการวัดผลลัพธ์ กระบวนการพัฒนา ได้แก่ ปลุกฝังจิตวิญญาณการแสวงหาความรู้ ตั้งคำถามตามรูปแบบ PICO ค้นหาหลักฐานที่ดีที่สุด ประเมินคุณภาพหลักฐาน บูรณาการหลักฐานยกร่างแนวปฏิบัติ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบได้คะแนนคุณภาพแนวปฏิบัติ ร้อยละ 91 ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2 ระยะ คือ วิฤตฉุกเฉินและฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลพบว่ากลุ่มทดลอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่สอง ร้อยละ 53.33 ส่วนที่เกิดร้อยละ 46.67 แต่ควบคุมได้ การนำใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก คะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพ (ปฏิบัติการ) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

<sup>1</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: Punnee\_saengin@hotmail.com Tel: 083-0184187



## Development of Nursing Guidelines for Hemorrhagic Stroke Patients in the Neurosurgery Intensive Care Unit at Roi Et Hospital

Punnee Saengin M.N.S.<sup>1</sup> Panitsara Tongmee B.N.S.<sup>2</sup>  
Supattra Pleaynongkhae B.N.S.<sup>3</sup> Penpit Pechsangharn B.N.S.<sup>3</sup>  
Kitiyarat Hanlue B.N.S.<sup>3</sup> Sutarat Sanyamool B.N.S.<sup>4</sup>

*(Received Date: July 16, 2024, Revised Date: September 3, 2024, Accepted Date: September 12, 2024)*

### Abstract

This research and development project aimed to develop evidence-based nursing practice guidelines for hemorrhagic stroke patients in the neurosurgery intensive care unit at Roi Et Hospital. The study was divided into four phases: study of the situation, development of the nursing guidelines, testing, and evaluation. There were two groups of participants: the providers, which included 37 nurses and other multidisciplinary professionals in the care teams, and the recipients: 70 hemorrhagic stroke patients and their families. The participating patients and their families were spread across the four phases of the study as follows: 35 patients participated in the situation study phase with 30 patients serving as a control group and five patients acting as key informants providing qualitative data, another five patients participated in the program testing phase, and the remaining 30 patients participated in the evaluation phase. The research instruments included in-depth interviews, group discussion questions, a satisfaction with practice guidelines assessment form, an implementation of practice guidelines observation form, complication record forms, and a knowledge test form. The percentage of complications, satisfaction score, and implementation of practice guidelines scores were analyzed using averages and standard deviations; the mean nurse's knowledge scores on the pre-post tests were compared using paired sample t-tests; and content analysis employed for qualitative data analysis.

The results revealed weak points which needed to be improved: 1) the recipients experienced complications and their families were stressed and anxious and 2) the providers had a lack of nursing practice guidelines and outcome measurements. The development process was implemented and included cultivating a spirit of inquiry; asking clinical questions in PICO format; searching for the best evidence; determining the evidence; and development and evaluation of the evidence-based guidelines. Assessment of the guidelines by clinical experts revealed a guideline quality score of 91%. Additionally, the nursing guidelines were composed of two points of care, specifically critical emergencies and rehabilitation. The results showed that 53.33% of the experimental group did not have secondary complications, while 46.67% did have complications, but they were under control. The guidelines were implemented at a "most level". The nurses' satisfaction was high and their knowledge scores were significantly different before and after implementing the guidelines ( $p < .05$ ).

**Keywords:** nursing guidelines, hemorrhagic stroke patients, neurosurgery intensive care unit

---

<sup>1</sup>Registered nurse (Senior professional level), Chief of the intensive care nursing department, Roi Et Hospital

<sup>2</sup>Registered nurse (Senior professional level), Head of the Neurosurgery intensive care unit and Trauma surgery intensive care unit, Roi Et Hospital

<sup>3</sup>Registered nurse (Professional level), the Neurosurgery intensive care unit, Roi Et Hospital

<sup>4</sup>Registered nurse (Practitioner level), the Neurosurgery intensive care unit, Roi Et Hospital

<sup>1</sup>Corresponding author, E-mail: Punnee\_saengin@hotmail.com Tel: 083-0184187



## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง เกิดภาวะสมองขาดเลือด และสูญเสียการทำงานเฉียบพลัน พบว่ามีอัตราการเกิดความทุพพลภาพ การกลับเป็นซ้ำ และการเสียชีวิตสูงสถิติทั่วโลกพบผู้ป่วยประมาณ 250,000-500,00 รายต่อปี<sup>1</sup> ในทวีปยุโรปพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 10-20 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด<sup>2</sup> เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของโลก ความรุนแรงของโรคพบอัตราการเสียชีวิตในระยะเฉียบพลันถึง 1 เดือนสูงถึงร้อยละ 40-50<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2559 -2561 สูงถึง 27,000 ราย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชากรทุกกลุ่มวัย สถิติผู้ป่วยจังหวัดร้อยเอ็ดระหว่าง พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวน 813, 834 และ 739 ราย ตามลำดับ อัตราการตายระหว่าง พ.ศ. 2563-2565 พบร้อยละ 14.29, 13.91 และ 15.16 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปัญหาดังกล่าวคาดว่าจะทำให้เกิดภาระโรคมกขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและมีมาตรฐาน เพื่อปรับปรุงอัตราการรอดชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผลลัพธ์อื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จึงควรมีแนวปฏิบัติทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ควบคู่ไปกับแนวทางการรักษา<sup>1</sup>

สาเหตุที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มักพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี และมีประวัติความดันโลหิตสูงเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ไม่พบประวัติความดันโลหิตสูง หรือเป็นความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น และอายุน้อยกว่า 45 ปี สามารถเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากเลือดออกในสมอง (Hypertensive hemorrhage) ได้เช่นกัน ส่วนตำแหน่งของสมองที่เลือดออกบ่อย ได้แก่ Basal ganglia, Thalamus, Cerebellum และ Pons สำหรับอาการและอาการแสดงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกาย ตามัวหรือมองไม่เห็นเฉียบพลัน พูดตะกุกตะกัก พูดขี้ นมาทันใด ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน ชนิดไม่เคยเป็นมาก่อนระดับความรู้สึกตัวลดลง<sup>4,5</sup> พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองแตกมีความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลากหลาย ประกอบด้วย 1) ภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ (1) มีภาวะเลือดออกในสมองตั้งแต่ชั่วโมงแรก เกิดเป็นก้อนเลือดทำลายระบบประสาทและระดับความรู้สึกตัวลดลง (2) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure: IICP) ร้อยละ 70 ส่งผลต่ออัตราการตายสูงถึงร้อยละ 65-69 (3) ความพิการ พบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยหลงเหลือความพิการอย่างรุนแรงร้อยละ 10-20 หรือสภาพคล้ายผัก (Persistent vegetative stage) ร้อยละ 1-3<sup>6</sup> (4) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis: DVT) ร้อยละ 10-75 (5) ภาวะปอดอักเสบ (Aspiration pneumonia) (6) การเกิดแผลกดทับ (Pressure sores) (7) ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary infections) และ อื่น ๆ<sup>7</sup> 2) ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ได้แก่ การจัดทำที่ไม่เหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การดูแลไม่ประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวที่ไม่ถูกต้อง การควบคุมอุณหภูมิกาย การเฝ้าระวังที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น การประเมินระดับการรู้สติที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อระบายน้ำไขสันหลัง (External ventricular drain: EVD) เป็นต้น การวินิจฉัยโรคเพื่อแยกแยะว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบแคบหรืออุดตัน หรือมีการแตกของหลอดเลือดที่ได้ผลดีที่สุด คือ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computed tomography) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging) แนวทางการรักษาครอบคลุมการรักษา 3 ด้าน ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>7</sup> ในส่วนการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกมีแนวทางการดูแลในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ<sup>8</sup>

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 820 เตียง มีสถิติผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกมารับบริการใน พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 511, 619 และ 683 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท เปิดให้บริการ 18 เตียง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ารับบริการใน พ.ศ. 2565 จำนวน 368 ราย เสียชีวิต 41 ราย (ร้อยละ 11.14) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พ.ศ. 2564 จำนวน 30 ราย พบเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 26.67) เนื่องด้วยภาวะนี้มีการดำเนินโรคไปในทางที่แยงลงได้รวดเร็ว สะท้อนให้เห็นว่าระยะนี้มีความสำคัญอย่างมาก หากช่วยเหลือได้จะส่งผลต่ออัตราการตายลดลง พยาบาลในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดกับ



ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดตามเฝ้าระวังและประเมินการเปลี่ยนแปลงและจัดกิจกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจรังสี พบปัญหาคือการประเมินและการบันทึกทางระบบประสาทเร็กซ์ไม่ครอบคลุม ขาดการใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น แบบประเมิน DVT แบบประเมินภาวะโภชนาการ เป็นต้น 2) การวินิจฉัยการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มและต่อเนื่องไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยในระยะวิกฤต 3) การวางแผนการพยาบาล ยังแสดงเป้าหมาย การเลือกกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวังยังไม่ชัดเจน 4) การปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ที่ต่างคนต่างทำตามความรู้ความสามารถของพยาบาลแต่ละคน 5) การประเมินผล ขาดการประเมินผลกิจกรรมการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้จากหลักฐานอื่น ๆ เช่น รายงานความเสียหายของผู้ป่วย พบการให้ยามีความคลาดเคลื่อน จากบันทึกการเยี่ยมตรวจอย่างรวดเร็ว (Quick round) ของหัวหน้าตึก พบการจัดทำผู้ป่วยไม่เหมาะสม การรายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติซ้ำ จัดสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม การจัดการอาการรบกวนแตกต่างกัน เช่น การจัดการอาการไอ การจัดการอาการปวด การดูแลผู้ป่วยด้วยเครื่องมือช่วยหายใจ เป็นต้น การประเมินคุณภาพทางการพยาบาล (Quality assurance: QA) พบว่ายังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีความเฉพาะและประกันคุณภาพได้ว่าพยาบาลที่เชี่ยวชาญและพยาบาลน้องใหม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐานใกล้เคียงกัน

การทบทวนวรรณกรรมแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในประเทศและต่างประเทศ จำนวน 15 เรื่องระหว่าง พ.ศ. 2561- 2565 พบองค์ความรู้ที่เหมือนกันคือ มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงอัตราการรอดชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผลลัพธ์อื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตให้เร็วที่สุดซึ่งคาดว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจทำให้เกิดภาวะโรคมากขึ้น ส่วนความแตกต่างคือ ในต่างประเทศมีแนวปฏิบัติที่หลากหลายแบบแยกส่วน เช่น ภาวะโภชนาการ การจัดการภาวะไข้ การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis: DVT) เป็นต้น ในประเทศไทยจะเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สกัดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลง จึงมีกิจกรรมการพยาบาลและเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติทางคลินิกที่ทันสมัยตามหลักฐานที่พบ จากปรากฏการณ์และการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพยาบาลหลอดเลือดสมองแตกขาดการจัดการปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแบบบูรณาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกทั้งในปัจจุบันหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองแตกอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการบริการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก
3. เพื่อศึกษาผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

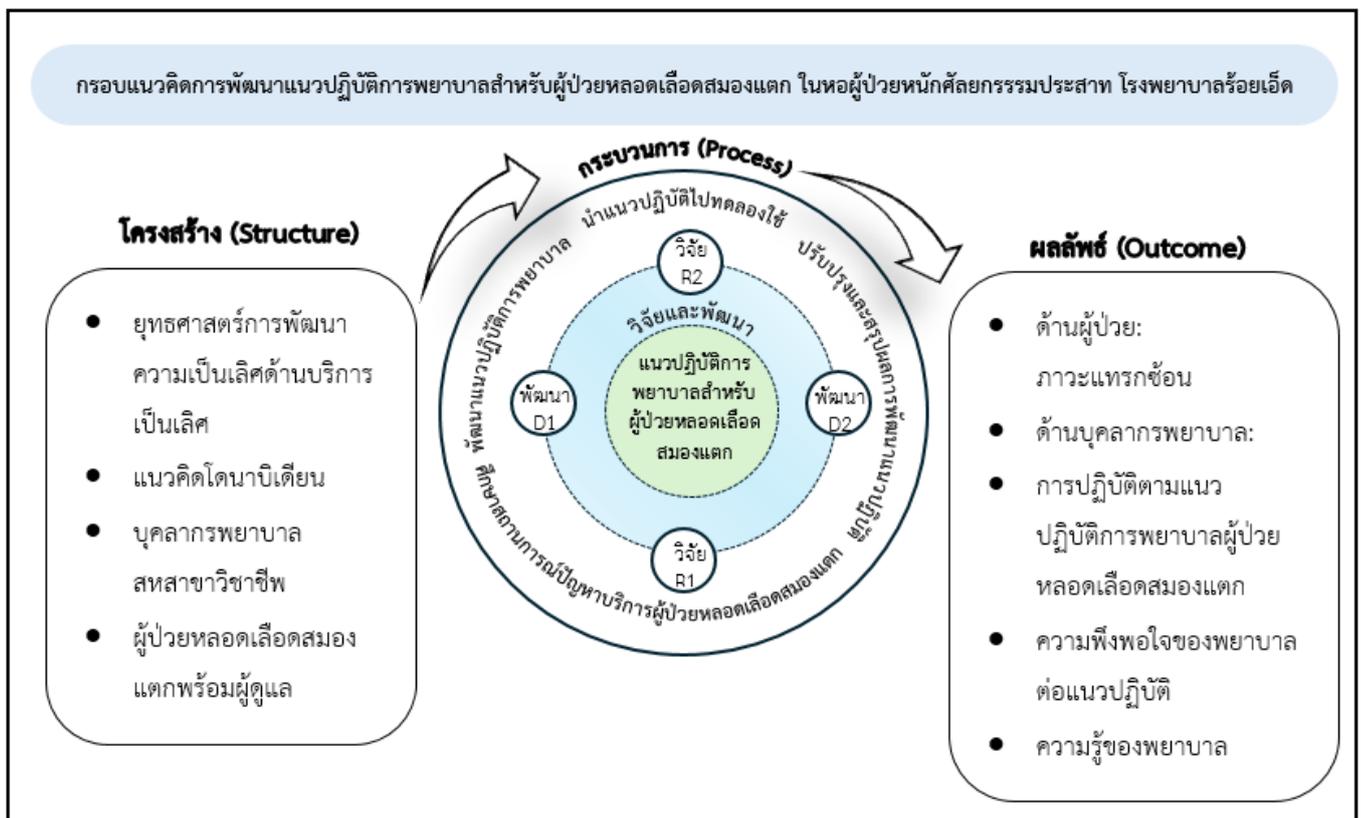
### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกและผู้ดูแล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566



### กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดโดนาเบเดียน (Donabedian)<sup>10</sup> เป็นกรอบคิดเชิงทฤษฎีที่มีความเหมาะสมกับบริบทเพราะเป็นแนวคิดที่เน้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดเลืดสมองแตกที่ตีขึ้น มี 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง (Structure) ได้แก่ นโยบายยุทธศาสตร์ชาติด้านบริการเป็นเลิศ (Service excellence) มีความต้องการยกระดับคุณภาพบริการให้มีคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมการพัฒนาแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือในการให้บริการแก่ผู้ป่วยพร้อมผู้ดูแล นั้นหมายความว่า การดูแลที่จะได้รับต้องมีคุณภาพสูงและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ บุคลากรพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยตลอดเลืดสมองแตกพร้อมผู้ดูแล กระบวนการ (Process) ขับเคลื่อนด้วยแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research & development: R & D)<sup>11</sup> สำหรับสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการบริการผู้ป่วยตลอดเลืดสมองแตก การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ ปรับปรุงและสรุปผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ จนได้ผลลัพธ์ (Outcome) ทั้งด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน ด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยตลอดเลืดสมองแตก  
ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research & development) แบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 (D1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาบริการพยาบาล (ตุลาคม พ.ศ. 2565) เป็นการวิจัยและรวบรวมข้อมูล (Research and information collection) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ลักษณะปัญหาความต้องการของผู้ป่วยพร้อมผู้ดูแล รวมทั้งปัญหาความต้องการผู้ให้บริการ และการศึกษาเวาระเบียน พ.ศ. 2564 จำนวน 30 ชุด



ใช้กลวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปปัญหาการบริการพยาบาลเพื่อนำสู่การพัฒนา  
ร่างแนวปฏิบัติ 2) เก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไปจนครบ 30 คน (ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565)  
เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งจะเก็บในระยะประเมินผล

ระยะที่ 2 (D2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (พฤศจิกายน พ.ศ. 2565) มีขั้นตอนดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) ได้แก่  
จัดอบรมผู้ร่วมวิจัยเรื่องขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยโดยใช้กรอบของ  
PICO และการประเมินคุณภาพหลักฐานตามกรอบของ Joanna Briggs Institute (JBI)<sup>12</sup> มอบหมายหน้าที่สืบค้นหลักฐาน วิเคราะห์ สังเคราะห์  
แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) พัฒนา (ร่าง) แนวปฏิบัติการพยาบาล (Developing preliminary form of product) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1) ตั้งคำถามการสืบค้นหลักฐานตามกรอบของ PICO โดยกำหนดขอบเขต คำค้น P (Population) ได้แก่ Hemorrhagic stroke patient  
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก I (Intervention) ได้แก่ CNPG, Management, Nursing care, แนวปฏิบัติการพยาบาล C (Comparison) ได้แก่  
Standard care with Clinical practice nursing guideline (CPNG) การพยาบาลตามปกติกับแนวปฏิบัติการพยาบาล O (Outcome) ได้แก่  
Hemorrhagic stroke nursing outcome in ICU neuro surgery ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในไอซียูศัลยกรรมระบบประสาท

2.2) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทำการสืบค้นหลักฐานจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ ThaiJo,  
PubMed, Google scholar, Google ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2023 ได้งานวิจัยรวม 22 เรื่อง 2.3) ทำการประเมินคุณภาพหลักฐาน  
ได้หลักฐานรวม 15 เรื่อง แบ่งระดับ (JBI level of evidence) ได้ระดับ 1.b = 3 เรื่อง 2.b = 5 เรื่อง 2.c = 1 เรื่อง 3.b = 1 เรื่อง และ 4.a = 4 เรื่อง  
และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Grade of recommendation) ได้เกรด A = 14 เรื่อง และเกรด B = 1 เรื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพหลักฐานจำนวน 15 เรื่อง JBI level of evidence/grade of recommendation<sup>12</sup>

ลำดับ	รายการหลักฐาน	Level of evidence	Grade of recommendation
1	การใช้หลัก ABC <sub>s</sub> ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ <sup>13</sup>	2.b	A
2	ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการภาวะไข้ร่วมกับการใช้ผ้าเย็นโพสที ไวเนลแอลกอฮอล์ต่อภาวะไข้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก <sup>14</sup>	2.c	B
3	คู่มือในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก <sup>1</sup>	2.b	A
4	ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง:มิติ ของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ <sup>6</sup>	2.b	A
5	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป <sup>15</sup>	2.b	A
6	บทความวิชาการ:การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม <sup>16</sup>	2.b	A
7	หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูง <sup>17</sup>	4.a	A
8	หลุมพรางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ <sup>18</sup>	4.a	A
9	Canadian stroke best practice recommendations management of spontaneous intracerebral hemorrhage <sup>19</sup>	4.a	A
10	Critical care nursing in acute postoperative neurosurgical patients <sup>20</sup>	3.b	A
11	The critical care management of spontaneous intracranial hemorrhage: a contemporary review <sup>21</sup>	1.b	A



ลำดับ	รายการหลักฐาน	Level of evidence	Grade of recommendation
12	The ABCs of managing increased intracranial pressure <sup>22</sup>	4.a	A
13	Intracranial pressure monitoring and treatment thresholds in acute neural Injury: a narrative review of the historical achievements, current state, and future perspectives <sup>23</sup>	4.a	A
14	Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage a guideline for healthcare professional the American Heart Association/American Stroke Association <sup>24</sup>	1.b	A
15	2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association <sup>25</sup>	1.b	A

3) วิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐาน พัฒนา (ร่าง) แนวปฏิบัติ โดยประชุมผู้ร่วมวิจัย นำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหา อภิปรายกลุ่ม สะท้อนคิดภาพองค์ประกอบแนวปฏิบัติที่เน้นฐานคิดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับกระบวนการทำงาน ผลการประชุมได้ข้อสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินสภาพ กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก หลังจากยกร่างแนวปฏิบัติได้แล้ว ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE II) ฉบับภาษาไทย<sup>26</sup> ประกอบด้วย ขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ความชัดเจนของการนำเสนอ การนำไปใช้ และความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ทำการแก้ไขแนวปฏิบัติตามคำชี้แนะ จากนั้นสร้างสถานการณ์จำลอง (Case scenario) เพื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ทำการปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง

ระยะที่ 3 (D3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ธันวาคม พ.ศ. 2565) ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำ (ร่าง) แนวปฏิบัติไปทดลองใช้ครั้งแรกกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มควบคุม (Preliminary field testing) จำนวน 5 รายพบปัญหาเกณฑ์การหยาบเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ทำการปรับปรุง (Revising main product) เป็นการปรับเกณฑ์การหยาบเครื่องช่วยหายใจที่เฉพาะเจาะจงผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ด้วยการสืบค้นหลักฐานเพิ่มและขอคำชี้แนะจากประสาทศัลยแพทย์ในการแก้ไขเกณฑ์ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ครั้งที่สอง (Main field testing) สรุปปัญหาการนำใช้ พบปัญหาการคำนวณพลังงานและโปรตีนมีความยุ่งยาก ผู้ร่วมวิจัยจึงขอปรับปรุงแนวปฏิบัติ (Revising operational product) การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ โดยมีปรับเปลี่ยนวิธีการคำนวณพลังงานร่วมกับประสาทศัลยแพทย์และนักโภชนาการ

ระยะที่ 4 (D4) ประเมินผล (มกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2566) การนำใช้แนวปฏิบัติ (Operational field testing) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ทำแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อน (Pre-test) ให้ความรู้ให้ความรู้และฝึกการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป การเกิดภาวะแทรกซ้อน จนครบ 30 ราย ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และเมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้พยาบาลทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติและทำแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลหลัง (Post-test) ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก สรุปผลการใช้แนวปฏิบัติ (Revising final product) และเผยแพร่ต่อสาธารณะ (Disseminating and implementing)



พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ 37 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 30 คน ประสาทศัลยแพทย์ 2 คน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลศูนย์ดูแลแบบประคับประคองสาขาละ 1 คน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ 70 คน ได้แก่ ผู้ป่วยพร้อมผู้ดูแล แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้ ระยะศึกษาสถานการณ์ รวม 35 คน แยกเป็นผู้ป่วย 5 คน พร้อมผู้ดูแลศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุม ลุ่มลึก และผู้ป่วย 30 คน พร้อมผู้ดูแล เพื่อเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มควบคุม ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ป่วย 5 คน พร้อมผู้ดูแล ระยะประเมินผล ผู้ป่วย 30 คน พร้อมผู้ดูแล เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยหลุดเลือดสมองแตก Glasgow coma score (GCS) > 3 ไม่มีภาวะสมองตาย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ผู้ดูแลยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย ผู้ป่วยมีภาวะสมองตาย ผู้ดูแลปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในระยะประเมินผล โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยกรณีสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสูตรที่ใช้ในการคำนวณคือ

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2 \left( \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{2} \right)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากการศึกษาที่ผ่านมา<sup>27</sup> แทนค่าในสูตร กำหนดค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 1 = ( $\mu_1$ ) 2.51 ( $(\sigma_1)$  S.D.=0.796) ค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 2 = ( $\mu_2$ ) 2.99 ( $(\sigma_2)$  S.D.=0.122) แทนค่าในสูตรโดย n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05, Z (0.975) = 1.96 Beta ( $\beta$ ) = 0.200, Z (0.800) = 0.84 Sample size: Group1 ( $n_1$ ) = 24, Group2 ( $n_2$ ) = 24 จากการคำนวณและแทนค่าในสูตรได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 6 คน รวมขนาดตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 30 คน ต่อกลุ่ม รวมเป็น 60 คน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยพิจารณาให้ผู้ป่วยทุกคนทั้ง 2 กลุ่มให้มีโอกาสได้รับการคัดเลือกเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนปฏิบัติการ (Action plan) 2) แบบวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After action review) และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ได้แก่ แนวสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นคำถามปลายเปิดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการการดูแล สัมภาษณ์เชิงลึกสหสาขาวิชาชีพและแนวทางการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอยู่และความต้องการพัฒนา แนวทางการสังเกตสิ่งแวดล้อมระบบการพยาบาลผู้ป่วย การสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) ระยะพัฒนา ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แนวปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา 3) ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวทางการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 4) ระยะประเมินผลการนำใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ 4.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ การวินิจฉัย ชนิดการผ่าตัด จำนวนวันนอน และผลลัพธ์การรักษา 4.2) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนแบบเลือกตอบ 2 ลักษณะ คือเกิด ไม่เกิด 4.3) แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 5 = แสดงให้เห็นสม่ำเสมอ คะแนน 4 = แสดงให้เห็นปานกลาง คะแนน 3 = แสดงให้เห็นบ่อย ๆ คะแนน 2 = แสดงให้เห็นเป็นบางครั้ง คะแนน 1 = ไม่เคยแสดงพฤติกรรมให้เห็นเลยหรือแสดงให้เห็นนาน ๆ ครั้ง แปลค่าช่วงค่าเฉลี่ยคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับดีมาก 3.51-4.50 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับดี 2.51-3.50 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับน้อย 1.00-1.50 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับน้อยที่สุด 4.4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลค่าช่วงค่าเฉลี่ยคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด และ 4.5) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล ข้อคำถาม 30 ข้อ แบบเลือกตอบ ก ข ค ง แปลค่าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ปรสาทศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนการพยาบาลระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เฉลี่ยรวม 1.0, 1.0, 1.0, .95 และ .94 ตามลำดับ 2) ความเที่ยงตรงนำแบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก 30 คน แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจหาค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .92 และ .93 ตามลำดับ และแบบทดสอบความรู้ของพยาบาล คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่า .84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาบริการ หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) สังเกตลักษณะการเจ็บป่วย ความต้องการปัญหาของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างพักรักษาในหอผู้ป่วย สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเกี่ยวกับปัญหาความต้องการขณะอยู่รักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการเกี่ยวกับความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) สนทนากลุ่มผู้ให้บริการเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการดูแลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ความต้องการพัฒนา 3) ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกย้อนหลังจำนวน 30 ชุดที่เข้ารับการรักษาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565 ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสนทนากลุ่ม ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตการปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติ การสนทนากลุ่มสะท้อนปัญหาการใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก แบบสังเกต แบบสอบถาม แบบทดสอบ รวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการหลังการนำสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนา ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยถอดเทปจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดหมวดหมู่ข้อมูล กำหนดรหัสข้อมูล จัดประเด็นหลักสร้างข้อสรุปอธิบายข้อค้นพบ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ใช้ 4 วิธี ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยผู้วิจัย (Researcher credibility) มีประสบการณ์ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทมากกว่า 10 ปี รวมถึงผู้ร่วมวิจัย 5 คน เป็นผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทำให้รู้ถึงบริบทและวัฒนธรรมของการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) มีการอภิปรายข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่ง (Data triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีเก็บที่ต่างกัน (Method triangulation) 2) การอ้างอิงผลการวิจัย (Transferability) ผู้วิจัยอธิบายบริบทที่ศึกษา กิจกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก เพื่อให้ผู้ที่สนใจได้พิจารณาความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน 3) การพึ่งพาเกณฑ์ (Dependability) เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด แล้วนำเสนอข้อค้นพบกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เป็นการตรวจสอบครั้งสุดท้าย (Debriefing) 4) ยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยแสดงให้เห็นถึงการได้มาของข้อมูลเชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูล โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE059/2565 วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2565 - 8 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม เคารพในบุคคล คำนึงถึงคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ



## ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1) ด้านผู้รับบริการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างอยู่รักษา ระดับความรู้สึกลดลง หายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ อาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้การดูแลรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อน เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูงหลังผ่าตัด เป็นต้น ครอบครัวมีความเครียดวิตกกังวลในหลายสถานการณ์ เช่น เวลาที่รับรู้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน “พยาบาลบอกว่าคุณพ่อมีภาวะแทรกซ้อน ความดันกะโหลกศีรษะสูงซ้ำอีก” ครอบครัวรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยที่ไม่เหมือนเดิม “เห็นพ่อจะนอนติดเตียงตลอด ต้องเจาะคอ จำใครไม่ได้รู้สึกเครียดมาก” รับรู้ว่าการย้ายสถานที่รักษา “อยู่ไอซียูพยาบาลดูแลใกล้ชิด รู้สึกกังวลว่าถ้ากลับบ้านใครจะดูแล..ไม่เคยดูแลคนป่วยสมองเลย” 2) ด้านผู้ให้บริการขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลและการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล มีข้อจำกัดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็นเห็นได้จากการศึกษาเวรละ 30 ชุด พบว่าระหว่างอยู่รักษาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร้อยละ 93.33 เลือดออกซ้ำ ร้อยละ 16.67 เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวแม้ว่าในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท จะมีการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามยังพบว่าปัญหาเกิดกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง การได้รับพลังงานจากอาหารไม่เพียงพอ การเกิดอาการชัก เป็นต้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าสิ่งสำคัญคือการรักษาที่มีอยู่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้ หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวได้ว่ากรณีแนวเวชปฏิบัติยังไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่มีภาวะวิเคราะห์ สังเคราะห์ว่าวิธีการใดที่ใช้แล้วได้ผลดี ทันสมัย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นบุคลากรพยาบาลจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเพื่อเป็นเครื่องมือใช้ป้องกันหรือตัดจังก่อนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การจัดการอาการรบกวน ส่งเสริมความสบาย สร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกันได้ในกระบวนการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับการรักษาจนถึงจำหน่าย โดยมีสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลและมีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจน

### 2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย

1) กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล<sup>28</sup> ได้แก่ ปลุกฝังจิตวิญญาณการแสวงหาความรู้ ตั้งคำถามตามรูปแบบ PICO ค้นหาหลักฐานที่ดีที่สุด ประเมินคุณภาพหลักฐาน บูรณาการหลักฐานยกร่างแนวปฏิบัติ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ประเมินผลแนวปฏิบัติ และเผยแพร่สู่สาธารณะ

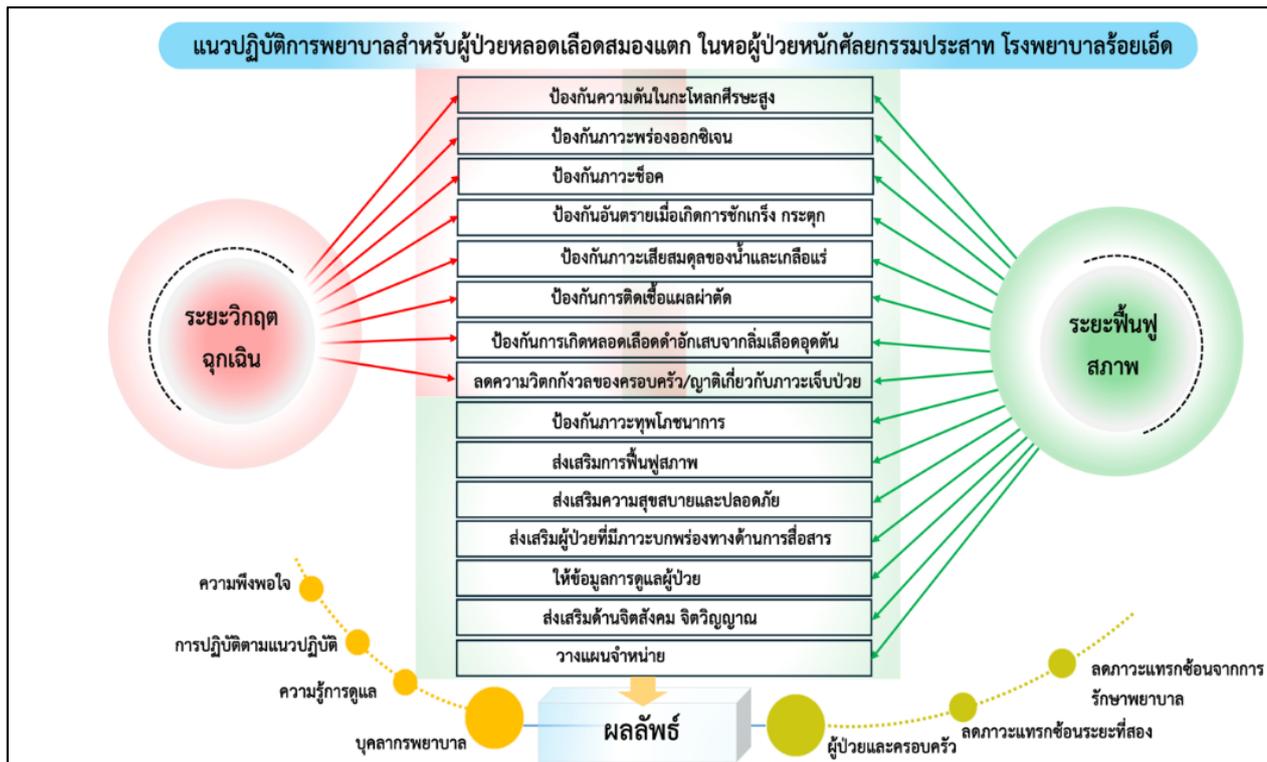
2) ผลการพัฒนา ได้แนวปฏิบัติที่มีการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREE-II ภาพรวมได้คะแนนคุณภาพร้อยละ 91 ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

2.1) ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ประกอบด้วย (1) ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ การประเมิน Vital signs, GCS, Intracerebral hemorrhage (ICH) score การบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ยาลดสมองบวมและสังเกตอาการข้างเคียง การเตรียมผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การประเมินผลจาก ค่าความดันโลหิต (Blood pressure: BP) ตามเกณฑ์ GCS ไม่ลดลงจากเดิม ค่าความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure monitoring: ICP)  $\leq 20$  มิลลิเมตรปรอท (2) การป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ การสังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การปรับโหมดเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะกับผู้ป่วย การดูดเสมหะที่ป้องกันความดันในกะโหลกศีรษะสูง ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG) ประเมินผลจากค่า ABG, ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation: O<sub>2</sub> sat) และอัตราการหายใจ (3) การป้องกันภาวะช็อคจากการสูญเสียน้ำหรือเลือด (Hypovolemic shock) ได้แก่ การประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic) ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) การดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด ยาทางหลอดเลือดดำพร้อมสังเกตผลข้างเคียง ติดตามจำนวนน้ำเข้าออก ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC) การแข็งตัวของเลือด (Coagulogram) ประเมินผลจาก ปริมาณเลือด



ที่ออก Hct และสัญญาณชีพ (4) การป้องกันอันตรายจากการชักเกร็ง กระตุก ได้แก่ การสังเกตลักษณะการชัก เตรียมอุปกรณ์ช่วยดูแลผู้ป่วย จัดท่า ให้ยากันชัก ป้องกันการตกเตียง จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ติดตามผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ ประเมินผลจากผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะชัก (5) การป้องกันการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ประเมินภาวะโปแตสเซียม โซเดียมต่ำ/สูง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา ประเมินผลจากค่าอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (6) การป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การประเมินอุณหภูมิร่างกาย สังเกตอาการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ให้การดูแลแผลตามหลักการปลอดภัยประเมินผลจากค่าอุณหภูมิและลักษณะแผลผ่าตัด (7) การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน ได้แก่ การประเมิน DVT risk score หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำบริเวณขา บริหารเท้าและข้อเท้า ประเมินลัมพ์จาก คะแนน DVT risk score และลักษณะของขาทั้ง 2 ข้าง (8) ลดความวิตกกังวลของครอบครัว ได้แก่ การประเมินความวิตกกังวล ให้ข้อมูลแผนการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจตามความเชื่อของผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์จากพฤติกรรมของครอบครัว ความร่วมมือกับแผนการดูแลรักษา

2.2) การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะต่อเนื่องหลังเข้ารับรักษาวันที่ 2 หรือหลังผ่าตัด มีดังนี้ (1) การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (2) การป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและส่งเสริมทางเดินหายใจให้โล่ง มีการประเมินและเตรียมความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และประเมินผลลัพธ์ด้วยค่าดัชนีชี้วัดการหายใจและออกซิเจน (Respiratory rate and oxygenation index: ROX index) (3) การป้องกันอันตรายจากการชักเกร็งกระตุก (4) การป้องกันภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (5) การป้องกันแผลติดเชื้อและส่งเสริมการหายใจของแผล (6) การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน (7) การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ การประเมินความต้องการพลังงานและโปรตีนการตอบสนองต่อโภชนบำบัด การกลืน ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ประเมินผลลัพธ์จากการได้รับพลังงานและโปรตีนอย่างเพียงพอ (8) ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การประเมินการฟื้นตัวด้วย Rancho levels of cognitive functioning scale หากผลประเมินอยู่ระดับ 1-3 ทำการกระตุ้นประสาทสัมผัส 5-10 นาที ระดับ 4 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ลดการผูกมัด ลดการรบกวนโดยไม่จำเป็น ระดับ 5-6 ฝึกการจดจำ การทำกิจวัตรประจำวัน ฝึกกำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 7-10 ฝึกการรับรู้ตำแหน่งของตน ฝึกด้านการจดจำ และฝึกการประมวลข้อมูลตนเอง ประเมินผลลัพธ์จาก การไม่มีข้อติดขัด การทำกายภาพบำบัดได้ ลดความสับสน มีความสามารถจดจำได้มากขึ้น (9) ส่งเสริมความสุขสบายและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ได้แก่การประเมินอาการไม่สุขสบาย สุขวิทยา การนอนหลับพักผ่อน จัดการอาการรบกวน ดูแลความสุขสบาย ดูแลความปลอดภัย ประเมินผลลัพธ์จากความสุขสบาย (10) ส่งเสริมการขับถ่าย ได้แก่ ประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ดูแลเรื่องอาหาร น้ำ ยาระบาย ดูแลสายสวนปัสสาวะ และการเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินผลลัพธ์จากการขับถ่ายได้ปกติ (11) ส่งเสริมการสื่อสาร ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการสื่อสาร และทำการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลลัพธ์จาก ผู้ป่วยสื่อสารความต้องการได้ และครอบครัวสามารถติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง (12) ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลตามความต้องการ ประเมินผลลัพธ์จากการตอบคำถามให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา (13) ส่งเสริมจิตสังคม จิตวิญญาณ ได้แก่ การประเมินความเชื่อ ประคับประคองจิตใจ สนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาและสถานที่ดูแลในวาระสุดท้าย ประเมินผลจากครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้เหมาะสมกับคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย (14) การวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การประเมิน GCS, ICH score, Rancho levels of cognitive functioning scale, Vital signs, ความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรค สถานะสุขภาพของผู้ป่วย ทำการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ประเมินผลลัพธ์จากครอบครัวเข้าร่วมกระบวนการวางแผนจำหน่าย และตอบคำถามเรื่องโรคการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. ผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

3.1 ข้อมูลทั่วไป 60 ราย แบ่งเป็น 1) กลุ่มควบคุม (n=30) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ 66.70) อายุเฉลี่ย 59 ปี (ต่ำสุด 33 ปี สูงสุด 84 ปี) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 14 ราย (ร้อยละ 46.70) การวินิจฉัยที่พบบ่อยคือ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage: SAH) 25 ราย (ร้อยละ 83.33) ได้รับการผ่าตัด 23 ราย (ร้อยละ 76.70) GCS (วันจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท) 3-8 คะแนน 15 ราย (ร้อยละ 50) สภาพการจำหน่าย ย้ายสามัญ 20 ราย (ร้อยละ 66.67) และ 2) กลุ่มทดลอง (n=30) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 53.30) อายุเฉลี่ย 58 ปี (ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 82 ปี) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 19 ราย (ร้อยละ 63.30) การวินิจฉัยพบว่ามีเลือดออกบริเวณโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage: IVH) เนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) และสมองส่วนทาลามัส (Thalamic Hemorrhage) ตำแหน่งละ 9 ราย (ร้อยละ 30) ได้รับการผ่าตัด 22 ราย (ร้อยละ 73.30) GCS 9-12 คะแนน (วันจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท) 14 ราย (ร้อยละ 46.67) สภาพจำหน่าย ย้ายสามัญ 26 ราย (ร้อยละ 86.67) ดังตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	20 (66.70)	14 (46.70)
หญิง	10 (33.30)	16 (53.30)
อายุ (ปี)	เฉลี่ย 59 ปี (S.D. = 11.98) (ต่ำสุด 33 ปี สูงสุด 84 ปี)	เฉลี่ย 58 ปี (S.D.=15.42) (ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 82 ปี)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	12 (40)	10 (33.30)
ความดันโลหิตสูง	14 (46.70)	19 (63.30)
การวินิจฉัย		
Subarachnoid hemorrhage (SAH)	25 (83.33)	3 (10)
Intraventricular hemorrhage (IVH)	1 (3.33)	9 (30.00)
Intracerebral hemorrhage (ICH)	3 (10)	9 (30)
Thalamic Hemorrhage	1 (3.33)	9 (30)
การผ่าตัด		
ไม่ผ่าตัด	7 (23.30)	8 (26.70)
ผ่าตัด	23 (76.70)	22 (73.30)
Glasgow coma scale (วันจำหน่ายจาก ICU)		
13-15 คะแนน	3 (10)	8 (26.67)
9-12 คะแนน	12 (40)	14 (46.67)
3-8 คะแนน	15 (50)	8 (26.67)
สภาพจำหน่ายจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท		
ย้ายสามัญ	20 (66.67)	26 (86.67)
เสียชีวิต	8 (26.67)	3 (10)
ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	2 (6.67)	1 (3.33)

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่าในกลุ่มควบคุม เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่สอง (Secondary brain insult) 20 ราย (ร้อยละ 66.67) โดยเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 10 ราย (ร้อยละ 33.33) ภาวะสมองบวม 4 ราย (ร้อยละ 13.33) และภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ 4 ราย (ร้อยละ 13.33) ส่วนกลุ่มทดลอง เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่สอง 14 ราย (ร้อยละ 46.67) เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 9 ราย (30) ภาวะสมองบวม 5 ราย (ร้อยละ 16.67) และภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ 4 ราย (ร้อยละ 13.33) ดังตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** การเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่สอง (Secondary brain insult) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะแทรกซ้อน (Secondary brain insult)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
ไม่เกิด	10 (33.33)	16 (53.33)
เกิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	20 (66.67)	14 (46.67)
ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	10 (33.33)	9 (30)
ภาวะสมองบวม	4 (13.33)	5 (16.67)
ภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ	4 (13.33)	4 (13.33)

3.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรทางการพยาบาล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปพบว่า พยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง 30 คน (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 31 ปี (ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 49 ปี) ส่วนใหญ่มีสมรรถนะบุคลากรพยาบาลระดับ Competent ประสบการณ์ทำงาน 4-5 ปี 12 คน (ร้อยละ 40) ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน 16 คน (ร้อยละ 53.34) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ระดับมากที่สุด (Mean = 4.69, S.D.=0.47) 3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.33, S.D.= 0.50) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการความพึงพอใจ	X	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความง่ายในการนำไปใช้	4.33	0.47	มาก
2. ความสะดวกในการใช้	4.33	0.54	มาก
3. การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง	4.47	0.50	มาก
4. ความคุ้มค่าในการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ	4.53	0.50	มากที่สุด
5. ความคุ้มค่าในการเพิ่มคุณภาพการพยาบาล	4.63	0.49	มากที่สุด
6. ภาพรวมความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติ	4.33	0.50	มาก

4) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

ความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t-test	sig
ก่อน	30	19.07	3.38	7.74*	< 0.001
หลัง	30	23.40	4.66		

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหา เป็นพื้นฐานของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพราะแนวปฏิบัตินี้เกิดขึ้นจากความต้องการและความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงเจ็บป่วย



ทางระบบประสาทและสมองที่รุนแรง ต้องใช้เทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ขั้นสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และโอกาสฟื้นหายเป็นปกตินั้นไม่ง่าย ปัญหาความต้องการด้านร่างกาย จิตใจที่ซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยอื่น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก มีการทุพพลภาพหลังจำหน่าย และอาจต้องเข้ารับการรักษาซ้ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุกุล แก้วบริสุทธิสกุล<sup>18</sup> ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมองมีความเกี่ยวเนื่องเป็นเหตุและผลต่อเนื่องกัน หากไม่สามารถปรับตัวหรือได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่สองรุนแรงขึ้น ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานอย่างถาวร หรือเกิดภาวะสมองตายได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งรับรู้ถึงความเสี่ยง ความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยจากการเห็นผู้ป่วยไม่รู้สีก้าว การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย และได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อครอบครัวยังต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยและการให้คุณค่าของชีวิต เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับผ่าตัด สถานที่เสียชีวิต ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทยที่ส่วนใหญ่มอบการตัดสินใจเลือกการรักษาแทนผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถในการตัดสินใจให้กับครอบครัว ยิ่งเพิ่มความเครียดของครอบครัว สอดคล้องกับหลักฐานวิจัยในต่างประเทศ<sup>29</sup> ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลและความเครียดในระดับสูงขึ้นสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยที่รุนแรงมากขึ้น และความวิตกกังวลจะลดลงเมื่อเข้าใจข้อมูลการเจ็บป่วยที่เพียงพอ สะท้อนสถานการณ์ปัญหาด้านผู้รับบริการสะท้อนความต้องการการดูแลจากพยาบาลในการจัดการความเสี่ยง ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วยที่อาจทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสภาวะการณ์ที่ปัจจุบันแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขที่เน้นการบริการเป็นเลิศ (Service excellence)<sup>30</sup> ซึ่งมีความต้องการยกระดับคุณภาพบริการให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม แนวโน้มที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลนานจึงลดลง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งหากดูแลและชะงักไม่ต่อเนื่องก่อให้เกิดปัญหาภายหลัง เช่น เกิดการทรุดลง ความยุ่งยากของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตามมา ด้วยเหตุนี้ ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ขึ้นโดยดึงทีมสหสาขาวิชาชีพมามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ด้วยวิธีการวิจัยและพัฒนาเป็นตัวขับเคลื่อนสร้างร่วมมือ ร่วมใจในการตัดสินใจเลือกกิจกรรม และทำข้อตกลงการทำงานร่วมดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของตน และแนวปฏิบัตินี้ทีมพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมดในการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สร้างจากการสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้ฐานคิดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แม้ปัญหาหลักจะอยู่ที่ระบบประสาทและสมองแต่ผู้ป่วยมีปัญหาในระบบอื่นๆร่วมด้วย ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงบูรณาการการดูแลครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วย ตั้งแต่วิกฤตฉุกเฉินจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ

3. ผลการนำใช้แนวปฏิบัตินี้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนระยะที่สอง (Secondary brain insult) ในบทบาทของพยาบาล ขณะเดียวกันก็คำนึงถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตอื่นไปพร้อมกัน เช่น การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยใจ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น สะท้อนให้เห็นจากผลลัพธ์การนำใช้แนวปฏิบัติพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดักจับความผิดปกติได้เร็วสามารถรายงานแพทย์ถึงความผิดปกติได้เร็วขึ้น เนื่องจากในแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ระบุเกณฑ์ที่พยาบาลต้องรายงานแพทย์ เพื่อแก้ไขได้ทันที่ ขณะที่ในกลุ่มทดลองบางส่วนที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่ 2 ได้แก่ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม และเลือดออกซ้ำ แต่สามารถควบคุมอาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย<sup>31</sup> ในด้านพยาบาลพบว่า มีการใช้แนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เพราะแนวปฏิบัตินี้มีรายละเอียดทำให้พยาบาลเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจ อย่างไรก็ตามการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก นอกจากนี้สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้นหลังใช้



แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลพึงพอใจเนื่องจากมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้ให้ข้อมูลแก่ครอบครัว และเอื้อต่อการปฏิบัติงานได้สะดวก ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง<sup>32</sup> รวมทั้งเมื่อใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น พยาบาลมีความรู้จากการใช้แนวปฏิบัติ (Knowledge) ส่งผลต่อทัศนคติ (Attitude) ที่ดีและมีทักษะ (Skill) การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้น<sup>33</sup>

### สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก รวมทั้งป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจ และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้น

### ข้อจำกัดการวิจัย

1. ข้อจำกัดเรื่องกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในระยะประเมินผลมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเข้ารับการรักษาน้อย จำเป็นต้องขยายระยะเวลาการเก็บข้อมูลออกไปจนกว่าจะได้กลุ่มทดลองครบ
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีรายละเอียดปลีกย่อยมากรวมทั้งมีเครื่องมือเฉพาะในแต่ละองค์ประกอบ ดังนั้นจึงต้องมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้แนวปฏิบัติหลายวิธี ได้แก่ การสอน เป็นที่ปรึกษา เป็นที่เลี้ยง สาธิตเป็นแบบอย่าง จนกว่าพยาบาลจะสามารถปฏิบัติได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยสามัญอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเข้ารับการรักษา
  2. ควรดำเนินการอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ขึ้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทุกคนก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้ความเข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ควรมีการปรับปรุงกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ทันสมัยเป็นระยะ ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก
- การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกตามระยะของการดูแลและตามหัตถการเพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจง เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกและผู้ดูแล พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาทที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

### References

1. Veerasam K, editor. Care map for hemorrhagic stroke. Bangkok: Tanapress company limited; 2019. (in Thai)
2. Molhotra K, Zompola C, Theodorou A, Katsanos AH, Shoamanesh A, Gupta H. Prevalence, characteristics, and outcomes of undetermined intracerebral hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2021;52:3602-12.
3. Choi EY, Nieves GA, Jones DE. Acute stroke diagnosis. Am Fam family Physician. 2022;105(6):616-24.



4. Unnithan AKA, Das JM, Mehta P. Hemorrhagic stroke. [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>.
5. Pongcharoen C. Roles of nurse case manager in hemorrhagic stroke patients: a case study at Choapraya Yommaraj hospital. *The journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi*. 2020;3(1):5-18. (in Thai)
6. Prachuablarp C. Increased intracranial pressure in patients with brain pathology: a dimension of evidence-based nursing practice. *Thai Journal of Nursing Council*. 2018;33(2):15-28. (in Thai)
7. Tu WJ, Zhao Z, Yin P, Cao L, Zeng J, Chen H. Estimated burden of stroke in China in 2020. *JAMA Network open*. 2023;6(3):e231455.
8. Li CY, Ma W, Liu KP, Yang JW, Wang XB, Wu Z, et al. Different ischemic duration and frequency of ischemic postconditioning affect neuroprotection in focal ischemic stroke. *J Neurosci Methods*. 2020;346:108921
9. Pongsavang S, Anpunya C, Poonsem S. Development of ABCs nursing practice guideline for acute hemorrhagic stroke patients in the surgical intensive acute unit at Chiang Mai Neurological Hospital. *Journal of department of medical services*. 2020;45(1):78-85. (in Thai)
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729.
11. Gustiani, S. Research and development (R&D) method as a model design in educational research and its alternatives. *Holistics Journal*. 2019;11(2):12-22.
12. Joanna Briggs Institute. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 01] Available from: <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>.
13. Rukyingchareon K, Thaikla A, Suvarnakuta P. Use of the ABCs mnemonic concept in caring for patients with increased intracranial pressure. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2018;12(Supplement):12-9. (in Thai)
14. Sapsaard K, Chanruangvanich W, Thosingha O, Techapisut S. Outcomes of the application of polyvinyl alcohol towels to fever management in haemorrhagic stroke patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;31(2):109-22. (in Thai)
15. Pasukanthapak N, Borisut S, Pinyopaskul W, editors. *Practice Guidelines for Stroke*. Bangkok: Tanapress company limited; 2016. limited; 2016. (in Thai)
16. Khiewchaum R, Wattana C. Holistic nursing for traumatic brain injury patient. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2017;28(1):129-39. (in Thai)
17. Sanchan M, Thongdornbom S. Pitfalls of nursing care in head injury patients with increased intracranial pressure. *Journal of Public Health Nursing*. 2021;35(2):139-53. (in Thai)
18. Kaewborisutsakul A. Chapter 1. In: Kaewborisutsakul A, Phuenpathom N, editor. *Pitfalls in the management of traumatic brain injury*. Bangkok: Sahamit Pattana Printing (1992). 2023. P.9-25. (in Thai)
19. Heart and Stroke Foundation. Canadian stroke best practice recommendations management of spontaneous intracerebral hemorrhage seventh edition [Internet]. 2020 [cietd 2022 Oct 02]. Available from: <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/management-of-intracerebral-hemorrhage/csbpr7-ich-module-final-eng oct2020.pdf?rev=2dcee5cbeda2418f828339 a43a531853>.



20. Books C. Critical care nursing in acute postoperative neurosurgical patients. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2015;27(1):33-45.
21. de Oliveira Manoel AL, Goffi A, Zampieri FG, Turkel-Parrella D, Duggal A, Marotta TR, et al. The critical care management of spontaneous intracranial hemorrhage: a contemporary review. *Crit Care.* 2016;20:272.
22. Hussein MTEL, Zettel S, Suykens AM. The ABCs of managing increased intracranial pressure. *J Nurs Educ Pract.* 2017;7(4):6-14.
23. Stein KY, Froese L, Gomez A, Sainbhi AS, Nuray Vakitbilir N, Ibrahim Y, et al. Intracranial pressure monitoring and treatment thresholds in acute neural injury: a narrative review of the historical achievements, current state, and future perspectives. *Neurotrauma Rep.* 2023;4(1):478-94.
24. Hemphill JC, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2015;46:2032-60.
25. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlathshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. 2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke;* 2022;53:282-361.
26. Institute of Medical Research & Technology Assessment, Department of medical services, Ministry of Public Health. AGREE II AGREE next steps consortium [Internet]. 2556 [cited 2023 Nov 01]. Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>. (in Thai)
27. Wanlopworakit N. Effects of clinical nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients at Prachuap Khiri Khan Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2022;30(1):65-76. (in Thai)
28. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023.
29. Eren F, Ozkan D, Elqutob O, Ozdemir G, Ozturk S. The evaluation of acute anxiety levels in caregivers of hospitalized stroke patients. *Turk J Cereb Vasc Dis.* 2024;30(1):22-9.
30. Ministry of public health. Twenty-year national strategic plan of public health (2017-2036). Ministry of public health F[Internet]. 2018. [cited 2024 Feb 06]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebook-MOPH-20-yrs-plan-2017-Final-Eng-120961.pdf>. (in Thai)
31. Hotakasapkul K, Hannoke S, Haujaikeaw S, Sukpimai S. Effect of evidence-based nursing practice guidelines for monitoring and preventing deterioration due to complication in ruptured cerebral aneurysm patients. *Journal of Nursing and Therapeutic Care.* 2024;42(1):e268386. (in Thai)
32. Koykitjaroen W, Wongchunlachatt W, Kitbunyounglers S. The development of nurse-led integrated care model for patients with traumatic brain injury. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.* 2019;6(2):48-69. (in Thai)
33. Oikarinen A, Kaariainen M, Mikkonen K, Tuomikoski AMA. Competence of healthcare professional in stroke care pathways sectional study. *Journal of Vascular Nursing.* 2024;42:115-25.