

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

กาญจนา ต่ายนิล* กาญจนา ศรีสวัสดิ์**
สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล**ดวงกมล วัตราดุลย์***

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการระงับความรู้สึกเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดทางระบบประสาท โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ จำนวน 6 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการสนทนากลุ่มสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของรูปแบบโดยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน หลังทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วย 451 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ (AGREE II) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทมีปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) ประสบการณ์ของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ 2) การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิสัญญีก่อนการส่งต่อผู้ป่วย 3) การกำกับติดตาม และส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมผู้ดูแลครบถ้วนและถูกต้อง และ 4) การสื่อสารระหว่างพยาบาลวิสัญญีส่งผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผู้ป่วย ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลวิชาชีพในทีมการดูแล ทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างเคลื่อนย้าย ระยะยุติการเคลื่อนย้าย และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบหลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วย 451 ราย พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ และผลการประเมินโดยพยาบาลผู้ใช้รูปแบบ พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในระดับดี การพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยผ่าตัดทางระบบประสาท

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง/ผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก/ การผ่าตัดทางระบบประสาท/ การส่งต่อ

วันที่รับบทความ: 11 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 25 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 25 ธันวาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

The Development of a Post Anesthetic Continuous Care Model in Post-Operative Neurosurgical Patients

Kanjana Tainil* Kanchana Srisawat**

Somjai Puttapitukpol** Duangkamol Wattradul***

ABSTRACT

Post-anesthesia complications represent a critical patient safety concern in neurosurgical care, and nurses play an essential role in ensuring safe postoperative outcomes for neurosurgical patients. When patients receive appropriate and continuous nursing care, the risk of adverse events and postoperative complications can be significantly reduced. This research and development study aimed to develop a post-anesthesia continuous care model for postoperative neurosurgical patients. The study was conducted in three phases. Phase 1: a situational analysis of post-anesthesia care for neurosurgical patients through in-depth interviews with six multidisciplinary team members. Phase 2: the development of a post-anesthesia continuous care model using focus group discussions with nine multidisciplinary team members. Phase 3: evaluation of the effectiveness and appropriateness of the model through implementation by 15 professional nurses caring for 451 postoperative neurosurgical patients. The research instruments, developed by the researchers, included guiding questions for in-depth interviews and focus group discussions. The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) instrument was used to assess the appropriateness of the model. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that Phase 1 identified four key components of continuous post-anesthesia care for neurosurgical patients: 1) the experience of multidisciplinary team members; 2) preparation of nurse anesthetists prior to patient handover; 3) monitoring and supervision processes to ensure complete and accurate transfer of patient care information among healthcare teams; and 4) effective communication between nurse anesthetists transferring patients and professional nurses receiving patients. Phase 2 revealed that the developed post-anesthesia continuous care model involved both nurse anesthetists and professional nurses across three stages: pre-transfer, during transfer, and post-transfer. Phase 3 demonstrated that following implementation of the model with 451 patients, no adverse events were reported. Nurses evaluated the model as having a high level of appropriateness. Nursing practices guided by the developed model enhanced the efficiency of care delivery and improved patient safety in postoperative neurosurgical care.

Key Words: Continuity of care/Post-anesthesia patients/Neurosurgical patients/Patient handover

Article info: Received: October 11, 2024, Revised: May 25, 2025, Accepted: December 25, 2025

* Graduate student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University.

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University.

*** Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคระบบประสาทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยและก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการก่อให้เกิดความพิการ ภาวะในการดูแล และภาวะพึ่งพิง¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลต่อเนื่อง(continuity of care) เป็นแนวคิดที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา จนถึงระยะหลังการรักษา โดยในกระบวนการดังกล่าว พยาบาลจำเป็นต้องปรับบทบาทและแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลไปสู่การดูแลเชิงรุก เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลในช่วงรอยต่อของระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปีของสถาบันประสาทวิทยา พบว่า ผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาท ได้แก่ โรคเนื้องอกของสมอง การบาดเจ็บของสมอง โรคลมชัก โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น โรคพาร์กินสัน รวมถึงการติดเชื้อของสมอง นอกการผ่าตัดจากภาวะปวดหรือทุพพลภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น ภาวะเส้นประสาทไขสันหลังอักเสบ และ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ภาวะหลอดเลือดในสมองแตก ภาวะหลอดเลือดคอตีบ และความผิดปกติอื่น ๆ ของหลอดเลือด

หลอดเลือด โดยมีจำนวนผู้ป่วย 452, 418 และ 466 ราย ตามลำดับ² ในส่วนของโรคที่เกี่ยวข้องกับไขสันหลังและเส้นประสาท พบผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจาก โรคเนื้องอกไขสันหลังและเส้นประสาท การบาดเจ็บของไขสันหลังและเส้นประสาท รวมถึงความผิดปกติของกระดูกสันหลัง เช่น ภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม และหมอนรองกระดูกเสื่อมกดทับเส้นประสาท รวมถึงการติดเชื้อของไขสันหลัง โดยมีจำนวนผู้ป่วย 447, 418 และ 466 ราย ตามลำดับ² นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอื่น ๆ ทางระบบประสาท รวมถึง การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับเส้นประสาทส่วนปลาย จำนวน 349, 314 และ 361 ราย ตามลำดับ²

การผ่าตัดเพื่อบำบัดรักษาโรคระบบประสาทจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้การระงับความรู้สึก เนื่องจากเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง อันเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ตำแหน่งของรอยโรคในระบบประสาท นอกจากนี้ การผ่าตัดทางระบบประสาทยังต้องการ ความนิ่งของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้สามารถใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความละเอียดสูงได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เช่น การผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ การผ่าตัดด้วยระบบหุ่นยนต์ การใส่ขดลวด และการใส่บอลูน ดังนั้น นอกจากบทบาทของทีมนักศัลยกรรมแล้ว ทีมวิสัญญีและพยาบาลวิสัญญีมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัด เพื่อให้การบำบัดรักษาประสบผลสำเร็จ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลวิสัญญีในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือ หัตถการทางระบบประสาท ครอบคลุมต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนการระงับความรู้สึก ระยะระหว่างการให้บริการวิสัญญี และระยะหลังการระงับความรู้สึก โดยระยะก่อนการระงับความรู้สึกเริ่มตั้งแต่ห่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการทางด้านวิสัญญี ประกอบด้วย การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อเตรียมพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ และยา ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ในระยะระหว่างการให้บริการวิสัญญี วิสัญญีพยาบาลบทบาทในการ ให้บริการการระงับความรู้สึกทั่วไป และการเฝ้าระวัง/ดูแลการให้ยาการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ให้สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย³ รวมถึงการติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการผ่าตัดหรือหัตถการ ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลหลังการระงับความรู้สึกไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต หรือห้องพักฟื้น และส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและความซับซ้อนของการผ่าตัด โดยการพยาบาลระยะหลังการให้บริการทางวิสัญญีมีเป้าหมายเพื่อ ส่งเสริมความปลอดภัย และความสุขสบายของผู้ป่วย กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกทางระบบประสาท ถือเป็นกระบวนการสำคัญของพยาบาลวิสัญญีในการดูแลผู้ป่วย ให้มีความปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การแจ้งและประสานงาน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทาง

โทรศัพท์ การตรวจสอบข้อมูลและเอกสาร การประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย และการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ซึ่งการสื่อสารและการประสานงานดังกล่าวเป็นสมรรถนะหลักของวิสัญญีพยาบาล 1 ใน 6 ด้าน ในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อผู้ป่วย และบรรลุเป้าหมายขององค์กร⁴ การส่งต่อผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางระบบประสาทและไขสันหลัง ดำเนินการโดย วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล⁵ เนื่องจากการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง เป็นโรคที่รุนแรงและซับซ้อน ผู้ป่วยมักมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวหลายชนิด จากข้อมูลอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการส่งต่อ เพื่อการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดทางระบบประสาทย้อนหลัง 3 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึกเท่ากับร้อยละ 0.00, 0.07 และ 0.00 ตามลำดับ และ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาการระงับความรู้สึกเท่ากับร้อยละ 2.03, 2.35 และ 2.03 ตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยวิกฤต⁶ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย ความผิดปกติของอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์⁷ และการขาดการสื่อสารระหว่างเวรปฏิบัติงาน⁸ ดังนั้น นอกเหนือจากการมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแล้ว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องมีการวางแผน การเตรียมความพร้อม

ที่เหมาะสมตามชนิดของโรคและการรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลอย่างเคร่งครัด⁹

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะ วิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการทางวิสัญญี ณ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นสถาบันโรคเฉพาะทางระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Care) และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบประสาทภูมิคุ้มกัน โรคลมชัก โรคระบบประสาทและไขสันหลัง รวมถึงโรคเนื้องอกระบบประสาทที่มีความซับซ้อน เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางระบบประสาทที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยตระหนักว่า กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยทางระบบประสาทเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพถือเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันการบาดเจ็บซ้ำซ้อนของสมอง¹⁰ อีกทั้งยังช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบดังกล่าวยังมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

ทางระบบประสาทที่ได้รับการระงับความรู้สึกในกลุ่มงานวิสัญญีให้มีความทันสมัย เพื่อให้กระบวนการดูแลหลังการระงับความรู้สึกมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถ ถ่ายทอดข้อมูลการรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วน ประสานงานกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลงานวิสัญญีให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดระบบประสาท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian ที่ใช้ทฤษฎีระบบ (System theory) ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้มารับบริการมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการการดูแลหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome)

ปัจจัยนำเข้า

1. ศึกษา เอกสาร ตำรา ผลงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อ ผ่าตัดทางระบบประสาท

1.1 แนวทางการปฏิบัติดูแล

ผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับ ความรู้สึกของสมาคมวิสัญญีแพทย์ แห่งอเมริกา ค.ศ. 2019

1.2 มาตรฐานการปฏิบัติการ

พยาบาลวิสัญญีของสำนักงาน การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข

1.3 แนวทางการประเมินตาม หลักเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยหลังการ ผ่าตัดทางศัลยกรรมประสาทของ สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่ง อเมริกา ค.ศ. 2000

2. ศึกษาสภาพการและอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์ของการดูแลต่อเนื่องหลัง การระงับ

3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง-หลังการส่งต่อผู้ป่วย หลังให้การระงับความรู้สึก ความรู้สึก เพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

กระบวนการพัฒนา

1. การระดมความคิดของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดทางระบบ ประสาท เพื่อค้นหาปัญหา ความ ต้องการ และกำหนดแนวทางการดูแล ผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อ ผ่าตัดทางระบบประสาท

2. ประเมินรูปแบบ โดยใช้เครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการ วิจัยและประเมินผล APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II:AGREE II)

3. จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล ปฏิบัติการผู้ดูแลต่อเนื่องหลังการระงับ ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

4. ดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลัง การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทาง ระบบประสาทที่พัฒนาขึ้น

2. ผลหลังการใช้รูปแบบการดูแล ต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อ ผ่าตัดทางระบบประสาทที่ พัฒนาขึ้น

2.1 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

2.2 ความเหมาะสมต่อการ นำไปใช้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพท์รูปแบบการดูแล ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อ ผ่าตัดทางระบบประสาท ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่ง ออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นทีม

สหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการ ระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท จำนวน 6 คน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 1 คน วิสัญญี พยาบาล 2 คน พยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วย วิฤตศัลยกรรมประสาท 2 คน หัวหน้าเวร หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมประสาท 1 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม ตัวอย่างด้วยแนวคำถามหลัก ประเด็นที่เกี่ยวข้อง การดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกในผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดทางระบบประสาทในปัจจุบัน และข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 1 คน (คนละท่านกับระยะที่ 1) หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล 1 คน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต 3 คน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท 2 คน

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ให้บริการ คือ ผู้ใช้และประเมิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล 5 คน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต 5 คน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5 คน

2) กลุ่มผู้ใช้บริการ คือ จากสถิติย้อนหลัง ช่วงเดือนธันวาคม ถึง กุมภาพันธ์ 5 ปี (2561 - 2565) มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท จำนวน 390 คน และมีผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทในช่วงเดือนธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 451 คน โดยศึกษาในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ แนวคำถาม

หลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามหลักในการสนทนากลุ่ม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท แบบรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท แบบประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างจากแนวทาง AGREE II โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท 1 ท่าน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท 1 ท่าน หัวหน้าวิสัญญีพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาท 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท 1 ท่าน ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 แบ่งเป็น

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท เป็นการเก็บข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการระงับความรู้สึกของกลุ่มงานวิสัญญี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท และการสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย ในผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ตามเอกสารเลขที่ สธ 0313(13700)/2916 เลขที่โครงการ 66-021

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น

3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

1. ศึกษาเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาปฏิบัติการของผู้ป่วยจากการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานการวิจัย บทความ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) กำหนดวิธีการพัฒนา

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้แนวทางของ the Joanna Briggs Institute 6) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ AGREE II^{11,12,13} 7) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและประเมินผล (Implementation and Evaluation)

3. สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 คน ได้แก่ วิชาญแพทย์ 1 คน วิชาญพยาบาล 2 คน พยาบาลหัวหน้าเวรแผนกผู้ป่วยวิกฤตประสาทศัลยกรรม 2 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ 1 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำร่างรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในระยะนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกการสัมภาษณ์ เชิงลึก ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และ แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง โดยใช้ห้องประชุมของกลุ่มงานวิชาญ ซึ่งมีความเป็นสัดส่วน และไม่อนุญาตให้ผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าในระหว่างการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที มีการบันทึกเสียงโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยถอดเทป และบันทึกแบบคำต่อคำ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 – 30 กันยายน 2566

4. นำผลการศึกษาศาณการณที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกเพื่อ ผ่าตัดทางระบบประสาท มาวิเคราะห์เนื้อหาและ สรุปประเด็น เพื่อเตรียมพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทาง ระบบประสาท ในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทาง ระบบประสาท และนำสู่การปฏิบัติ มีรายละเอียด ดังนี้

นำข้อมูลจากการศึกษาศาณการณการ ดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ทางระบบประสาท ระยะในการดำเนินการเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน รวม 2 เดือน โดยมี ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำ (ร่าง) รูปแบบการดูแล ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อ ผ่าตัดทางระบบประสาท โดยใช้ข้อมูลที่ได้จาก ระยะที่ 1

2. สนทนากลุ่ม เพื่อพิจารณาร่าง รูปแบบทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน ได้แก่ วิชาชีพแพทย์ 1 คน หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล 1 คน พยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต 3 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ 2 คน พยาบาล วิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลัง การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท 2 คน และร่วมปรับปรุงแก้ไข จนได้รูปแบบที่ ได้รับความเห็นพ้อง

3. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมกลุ่ม โดยนำ ประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล หลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบ ประสาทในขั้นตอนที่ 1 มาอภิปรายร่วมกัน

ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเกิดความเห็นพ้อง กันว่า ควรมีการปรับปรุงแบบการดูแลต่อเนื่อง หลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบ ประสาท โดยยึดตามหลัก การดูแลผู้ป่วยหลังการ ระงับความรู้สึกของ American Association of Nurse Anesthesiology เนื่องจากต้องการการ ดูแลที่มีคุณภาพบนพื้นฐานของความเป็น มาตรฐานสากล

4. ทีมสหวิชาชีพร่วมแสดงความคิดเห็น ในหัวข้อขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับ ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ซึ่งทีมสห วิชาชีพได้ปรับปรุงรูปแบบดังนี้

4.1 มีการสร้าง flow chart ขั้นตอน การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท โดยแบ่งขั้นตอน การดูแลเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนการ เคลื่อนย้าย ระยะระหว่างเคลื่อนย้าย ระยะยุติ เคลื่อนย้าย ในแต่ละระยะ แสดงแนวทางการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์เฝ้าระวัง สัญญาณชีพ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดิน หายใจ

5. ทีมสหวิชาชีพร่วมแสดงความคิดเห็น ในหัวข้อการประเมินผู้ป่วยหลังการระงับ ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ซึ่งทีมสห วิชาชีพได้ปรับปรุงรูปแบบดังนี้

5.1 เพิ่มแบบประเมินอาการและความ เป็นไปได้ผู้ป่วยก่อนการส่งดูแลต่อเนื่องหลังการ ระงับความรู้สึก โดยประเมินตาม หลัก American society of anesthesiologists และ ประเมินตาม Criteria for admission of postoperative neurosurgical patient in NCC unit

5.2.เพิ่มแบบฟอร์ม checklist ในการ ระบุความรู้สึก เนื่องจาก เพื่อสะดวกแก่ผู้ใช้งาน
เตรียมพร้อมก่อนการส่งดูแลต่อเนื่องหลังการ จริง

ตารางที่ 1 แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระบุความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

(Draft) Continuous Care Model After Anesthesia for Neurosurgical Surgery	Improvement Approach	(Final) Continuous Care Model After Anesthesia for Neurosurgical Surgery
1.(Draft) The continuous care model after anesthesia for neurosurgical surgery consisted of standard operating procedures for postoperative care of neurosurgical patients after anesthesia.	Add a flowchart illustrating step-by-step implementation of the care model to enhance clarity and ease of use in practice.	Includes a work procedure and a flowchart detailing preparation, transfer, and postoperative care after anesthesia for neurosurgical patients, covering all three phases. Includes guidelines for reviewing anesthetic records for patients receiving postoperative care after anesthesia.
2. All patients received assessment and readiness evaluation before transfer to continuous postoperative care after anesthesia, according to standard criteria by anesthesiologists and neurosurgeons responsible for patient preparation.	Add a checklist to improve convenience and practicality of use.	Includes assessment forms for patient readiness and safety prior to transfer in each phase of patient transfer, based on the American Society of Anesthesiologists guidelines and the Criteria for Admission of Postoperative Neurosurgical Patients in the NCC Unit, presented in a checklist format for ease of use.
3. All patients received information regarding issues requiring continuous postoperative care after anesthesia, and continuous follow-up care after anesthesia by a multidisciplinary team.	Add reporting of problems requiring continuous care that arise during patient transfer.	Includes detailed written documentation in the immediate post-anesthesia record regarding problems or aspects of care that require ongoing monitoring and management.

6. นำรูปแบบไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางวิสัญญีเพื่อการผ่าตัดทางระบบประสาทแบบนัดล่วงหน้า จำนวน 10 ราย ประเมินผลหลังนำรูปแบบไปใช้ นำผลลัพธ์มาทำการวิเคราะห์ และสนทนากับทีมผู้พัฒนา พบปัญหาที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม คือ การรายงานปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องและปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันตัดสินใจเพิ่มการลงบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสาร Immediate post anesthesia เพื่อรายงานปัญหาดังกล่าว

7. กำหนดเป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง หลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท นำรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นและภายหลังการปรับปรุงแล้ว นำไปใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กับผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ตั้งแต่ 7 ธันวาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 451 ราย

8. จัดอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ให้แก่ พยาบาลปฏิบัติการผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท จำนวน 15 คน นี้ได้รับเอกสารชี้แจงโครงการ และเป็นผู้ที่ยินยอมเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ณ ห้องประชุมกลุ่มงานวิสัญญี สถาบันประสาทวิทยา ครั้งที่ 1 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 ระยะเวลา 4 ชั่วโมง และครั้งที่ 2 วันที่ 6 ธันวาคม 2566 ระยะเวลา 4 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบทดลองใช้ ประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยประสานรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลวิสัญญี หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การมีอิสระในการตัดสินใจ มีสิทธิในการไม่เข้าร่วมโครงการหรือตอบแบบสอบถามหรือถอนตัว การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งหลังลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การจัดประชุมชี้แจง กลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดระบบประสาท งานการพยาบาลวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องก่อนใช้รูปแบบ

4. นำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ทดลองใช้ 3 เดือน ที่กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ระหว่างการนำรูปแบบไป

ทดลองใช้จะมีการสนทนากลุ่มผู้ใช้รูปแบบทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ได้แก่ วิทยุพยาบาล 5 คน พยาบาลปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยวิกฤต 5 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ 5 คน ทุก 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขปรับปรุง รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์เป็นไปได้เหมาะสมกับการใช้งานจริง

5. หลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ 3 เดือน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ได้แก่ วิทยุพยาบาล 5 คน พยาบาลปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยวิกฤต 5 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ 5 คน ร่วมประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท และร่วมสนทนากลุ่มครั้งสุดท้าย เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความถูกต้องในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง

6. ประเมินปฏิบัติการ หลังใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

7. ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบโดยทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1. ผลจากการศึกษาสถานการณ์ พบว่าสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบการดูแลร่วมกันอย่างชัดเจน และผลการทบทวนการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกที่เข้ารับการผ่าตัดทางระบบประสาท ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าเกิดจากขาดความพร้อมของอุปกรณ์ ขาดความร่วมมือจากบุคลากรในการปฏิบัติตามแนวทางและขาดการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทีมขาดศักยภาพในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารไม่มีหลักฐานการส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นปัญหา ภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ติดออกมากับผู้ป่วยส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกสามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 ประสพการณ์ของบุคลากร ในทีมสหวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลต่อเนื่องพบว่า ปัจจัยสำคัญในการส่งต่อข้อมูลจากทีมวิทยุไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลต่อเนื่องนั้น ประสพการณ์ของผู้ส่งและผู้รับข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่ง และหากผู้รับข้อมูลเป็น

ผู้ให้การดูแลโดยตรงจะยิ่งทำให้การดูแลต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 การเตรียมความพร้อมก่อน การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึก ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม และแจ้งให้หน่วยรับผู้ป่วยทราบว่าต้องเตรียม อุปกรณ์อะไรบ้างก่อนการเคลื่อนย้าย การเฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างเคลื่อนย้าย และการเตรียมความพร้อมของหน่วยรับผู้ป่วย

2.3 มีกระบวนการกำกับ ติดตาม การดำเนินการเพื่อให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย สามารถส่งต่อระหว่างผู้ดูแลด้วยกันอย่าง ครบถ้วน และถูกต้อง

2.4 กระบวนการสื่อสาร ระหว่างผู้ส่งและผู้รับ ที่ควรมีการสอบถาม ระหว่างผู้ส่งและผู้รับข้อมูล เนื่องจากการส่ง ข้อมูลอาจเกิดปัญหาจากเทคโนโลยี รวมทั้งควรมีการลำดับปัญหาให้ชัดเจนในการส่งข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) ดำเนินการ โดย

1. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐาน เชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิด PICO เป็นแนวทาง ในการกำหนดคำสำคัญ ประกอบด้วย (P: Population) ผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยผ่าตัดทางระบบประสาท (I: Intervention) การพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่อง (C: Comparison) เปรียบเทียบการดูแล ที่ไม่มีรูปแบบชัดเจนและการดูแลตามรูปแบบ

ที่สร้างขึ้น (O: Outcome) การปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติ อุบัติการณ์ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. การสืบค้น และคัดเลือกหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Search strategy)

2.1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databases) สืบค้นข้อมูลจาก CINAHL, Cochrane Library, Science Direct, PubMed, Thai Jo และ Google scholar

2.2) การสืบค้นจากเว็บไซต์ของ หน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ราชวิทยาลัยวิสัญญี แพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย และ American Geriatrics Society European Society of Anesthesiology and Intensive Care

3. การประเมินระดับของความ น่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ ของหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Level of evidence) โดยใช้เกณฑ์ การประเมินของ (Joanna Briggs Institute, 2009) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1. เอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ และมีบรรณาธิการตรวจสอบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง ปัจจุบัน 2. งานวิจัยที่ตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เอกสารหรืองานวิจัย ที่ไม่สามารถค้น ฉบับเต็มได้

ผู้วิจัยได้งานวิจัยทางการพยาบาลที่ ตรงประเด็น จำนวน 17 เรื่อง เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ ระดับ 1a 2 เรื่อง, 1b 3 เรื่อง, 2a 3 เรื่อง, 2c 3 เรื่อง, 3c 3 เรื่อง และ 4a 3 เรื่อง ตามลำดับ

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการการดูแลต่อเนื่อง

หลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยนำารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท มาทำการสนทนากลุ่มร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กระบวนการจัดการรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ทีมสหวิชาชีพให้ความคิดเห็นว่า ในการปฏิบัติที่ผ่านมาระดับต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน

2. กระบวนการคุณภาพและความปลอดภัย ทีมสหวิชาชีพให้ความคิดเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทให้ปลอดภัยและได้คุณภาพต้องดูแลเป็นระยะ เริ่มตั้งแต่ระยะ ก่อนการเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างเคลื่อนย้าย ระยะยุติการเคลื่อนย้าย

3. องค์ประกอบสำคัญ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความเห็น ว่า ระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องระบุเป็นเอกสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกสื่อสารและเข้าใจตรงกัน

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล

ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท

นำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ไปใช้กับผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทแบบนัดหมายล่วงหน้า ช่วงอายุระหว่าง 18 - 70 ปี เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2567

1. ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท โดยใช้ข้อมูล

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก 24 - 48 ชั่วโมง แบ่งตามการเคลื่อนย้าย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย ระยะยุติเคลื่อนย้าย จากผลการติดตามผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท จำนวน 451 คน ที่ 24 - 48 ชั่วโมง ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย ระยะยุติเคลื่อนย้าย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกร้อยละ 100 (โดยภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกที่ติดตามผล คือ Pulmonary aspiration, Desaturation, Coma, Transfusion Mismatch, Cardiac arrest, Death, Anaphylaxis, Drug Error, Equipment Malfunction/ failure)¹⁴

2. การประเมินผลขั้นตอนการพัฒนาแบบโดยทีมพยาบาล จำนวน 15 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและ

ประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II ; AGREE II) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทาง

การแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบ่งเป็น 6 ด้าน 15 ข้อคำถาม ผลการประเมิน ดังตารางที่ 2

Table 2 Mean Scores, Standard Deviations, and Evaluation Results Following Implementation of the Post-Anesthesia Continuous Care Model in Postoperative Neurosurgical Patients (n = 15)

Evaluation Criteria	$\bar{X}$	SD	Level
1. The scope and objectives of the model for post-anesthesia care following neurosurgical procedures are clearly defined.	6.4	1.70	Good
2. The group interview topics cover all aspects of the program for continuous care after anesthesia for neurosurgery, including pre-transfer, transfer, and post-transfer phases.	6.5	1.51	Good
3. The developed program is appropriate for the implementation by personnel involved in continuous care after anesthesia for neurosurgical patients.	5.8	1.29	Good
4. The group involved in developing the model consists of key stakeholders and healthcare professionals directly involved in the care of patients after anesthesia for neurosurgical patients.	6.6	0.92	Excellent
5. The model identifies a multidisciplinary team responsible for post-anesthesia continuous care, including all relevant professionals involved in postoperative patient management.	6.6	0.69	Excellent
6. The model development incorporates systematic methods for designing post-anesthesia care, drawing upon established general anesthesia and neurosurgical care guidelines.	6.7	0.50	Excellent
7. There is a systematic review of literature and related documents, with evidence-based practices used in the model development	6.5	0.82	Good

Evaluation Criteria	$\bar{X}$	SD	Level
8. The model development process includes in-depth interviews and group discussions with stakeholders, integrating diverse perspectives and evaluation of the benefits of continuous post-anesthesia care for neurosurgical patients.	6.1	0.90	Good
9. The main questions for in-depth interviews and group discussions to develop the post-anesthesia care model for neurosurgery were reviewed and validated by experts.	6.2	1.13	Good
10. The developed model provides clear, comprehensive, and practical implementation guidelines, facilitating ease of use and consistency in clinical practice.	6.6	1.14	Excellent
11. The model is appropriate for the hospital context and demonstrates adaptability for practical application within existing healthcare systems.	6.2	1.63	Good
12. There are clearly defined criteria for evaluating the post-anesthesia continuous care model for neurosurgical patients.	6.4	1.76	Good
13. The model supports monitoring and evaluation of its implementation	6.1	2.20	Good
14. Participants involved in developing the model were able to share information and professional insights freely, without coercion or undue influence.	6.5	2.32	Good
15. The model development is supported by evidence-based documentation derived from multiple participant perspectives, as reflected in the collected data and synthesized knowledge.	6.3	2.66	Good
Total	6.37	1.41	Good

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ผู้วิจัยอภิปรายผลในประเด็นสำคัญที่พบดังนี้ ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ถูกนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ จากการสนทนากลุ่มของบุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท พบว่า การเตรียมผู้ป่วยทั้งผู้ส่งและผู้รับที่ผ่านมาเตรียมตามประสบการณ์ที่มีอยู่ ผู้วิจัยจึงนำ แนวคิดการเตรียมผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกในการใช้งานจริงผ่านการใช้ checklist⁹ ประกอบการเตรียมผู้ป่วยและเตรียมหอผู้ป่วยรับต่อการดูแลหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย^{15, 16} ทั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและแนวปฏิบัติของแต่ละสถาบัน การพัฒนารูปแบบเริ่มจากการประเมินความพร้อมของหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทหรือหอผู้ป่วยเฉพาะทางด้านระบบประสาท ซึ่งต้องมีผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาล

ผู้ป่วยระบบประสาท ผู้วิจัยจึงนำเสนอเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนการเคลื่อนย้าย โดยหากผู้ป่วยมีภาวะความรู้สึกตัวผิดปกติก่อนการผ่าตัด ผ่าตัดนานมากกว่า 6 ชั่วโมง เสียเลือดปริมาณมากร่วมกับมีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ การผ่าตัดบริเวณ posterior fossa ที่เกี่ยวข้องกับเส้นประสาทและ brain stem และการผ่าตัดความผิดปกติของเส้นเลือด ร่วมกับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ระบบประสาท ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท จากแนวทางนี้ วะสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องได้รับการพัฒนาในด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับรายงานของ Nidhi B. Panda, Shalvi Mahajan, Rajeew Chauhan (2019)¹⁷ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ Management of Postoperative Neurosurgical Patients ของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการดูแล ทั้งนี้จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในครั้งนี้ จำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าการรับ - ส่งข้อมูลดังกล่าวส่งตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักของ Post anaesthesia Team Handover (PATH)¹⁸ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนในการดูแลต่อเนื่อง มีรูปแบบการส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบ รวมถึงแนวทางการเตรียมอุปกรณ์

เผื่อระวังสัญญาณชีพ ลดการเกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Da Silva และ Amante (2015)⁹ ที่พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติ และ checklist การส่งต่อดูแลหลังการระงับความรู้สึก ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยระยะวิกฤตในการเคลื่อนย้ายได้ และการเตรียมอุปกรณ์การเผื่อระวังสัญญาณชีพตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists และ American Association of Nurse Anesthetists เพื่อการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและความปลอดภัย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gimenez และ (2017)⁷ ที่พบว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นจาก อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ ทีมผู้ดูแลไม่เหมาะสมจากการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลในการพัฒนารูปแบบฯ ในครั้งนี้ ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ส่งผลให้ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้นลง

ซึ่งทุกแนวคิดนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท เมื่อได้นำ (ร่าง) รูปแบบดังกล่าวไปทำการสนทนากลุ่ม กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ความเห็นร่วมกันว่า ควรจัดทำเอกสารคู่มือระเบียบปฏิบัติงาน (Work Procedure) ที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนการเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างเคลื่อนย้าย และระยะยุติการเคลื่อนย้าย, Flow การปฏิบัติงาน, การประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งดูแลต่อหลังการระงับ

ความรู้สึก วิกฤต หรือสามัญ ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประเมินคุณภาพและความเหมาะสม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพและความเหมาะสม Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II พบว่าอยู่ในระดับดีพร้อมนำไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท¹⁹ และพบว่าผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบดังกล่าว ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 24 - 48 ชั่วโมง หลังการระงับความรู้สึก และเมื่อนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ปฏิบัติจริงพบว่า Checklist ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย^{20,21} และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทที่พัฒนาขึ้น นอกจากนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังช่วยลดวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2562)²² ที่พบว่า การใช้การใช้นวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

จุดแข็ง การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมระดมสมองของสหวิชาชีพผู้มีส่วนรวมในการดูแลผู้ป่วยจริง

จุดอ่อน การศึกษาครั้งนี้มีจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีจำกัด ทำให้สามารถประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทในระยะสั้นเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดหรือทำหัตถการทางระบบประสาท แบบวันเดียวกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการสามารถทำตามแนวทางอย่างง่ายได้ เพิ่มความสะดวกในการให้การดูแล และผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น ลดความแออัดในโรงพยาบาล พร้อมทั้งมีการประเมินผล เพื่อการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาทสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อให้ผู้ให้บริการมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัยเป็นไปตามมาตรฐาน และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัย การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ควรวัดผลที่ระยะนานขึ้น เป็น 6 เดือนหรือ 1 ปี

2. นำรูปแบบ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทางระบบประสาท ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย กลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา ที่ต้องใช้บริการการระงับความรู้สึก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Thiamkao S. Current situation of stroke disease. Thai J Neurol. 2021;37(4):54–60.
2. National Institute of Neurology. Scope of services in neurosurgery [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <http://nit.go.th/department/nervesurgery>
3. Thai Association of Nurse Anesthetists. Guidelines for anesthesia patient care. Bangkok: Thai Association of Nurse Anesthetists; 2013.
4. Saadwai P, Wiwatwanit S. Development of a competency assessment for nurse anesthetists at Phramongkutklao Hospital. Army Nurs J. 2019;20(2):123–130.

5. American Association of Nurse Anesthesiology. Postanesthesia care: practice considerations [Internet]. Illinois: AANA; 2019 [cited 2025 Jul 18]. Available from: [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/professional-practice-manual/postanesthesia-care-practice-considerations.pdf](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/professional-practice-manual/postanesthesia-care-practice-considerations.pdf)
6. Trofimov A, Kalentiev G, Yuriev M, et al. Intrahospital transfer and intracranial pressure. *Acta Neurochir Suppl.* 2016;122:125–127.
7. Gimenez FMP, de Camargo WHB, Gomes ACB, et al. Adverse events during intrahospital transport. *Crit Care Res Pract.* 2017;2017:6847124.
8. Kramsoak S, Siriwat R, Rojeetinkorn N, Pookpunthap J. Development of nursing practice guidelines for transporting critically injured patients. *Police Nurs J.* 2020;12(1):36–47.
9. Da Silva R, Amante LN. Checklist for intrahospital transport of ICU patients. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):539–547.
10. Nathanson MH, Andrzejowski J, Dinsmore J, et al. Guidelines for safe transfer of brain-injured patients. *Anaesthesia.* 2019;75(2):234–246.
11. The AGREE Collaboration. The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. London: St George's Hospital Medical School; 2001.
12. AGREE Research Trust. Guidelines development [Internet]. 2012 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.agreetrust.org>
13. Canadian Institutes of Health Research. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) [Internet]. 2017 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.agreetrust.org>
14. Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Guidance for patient information about anesthesia [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 18]. Available from: http://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_36f4f7976c5e4057a1efdfaada54e92.pdf
15. American Association of Neurological Surgeons. Types of neurosurgery [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.aans.org>
16. Chauhan R, Bloria SD, Luthra A. Management of postoperative neurosurgical patients. *Indian J Neurosurg.* 2019;8(3):179–184.

17. Panda NB, Mahajan S, Chauhan R. Management of postoperative neurosurgical patients. *J Neuroanaesthesiol Crit Care*. 2019;6(2):80–86.
18. Young JS, Chan AK, Viner JA, et al. A safe transitions pathway for post-craniotomy patients. *J Neurosurg*. 2021;134:1386–1391.
19. Ayrian E, Kaye AD, Varner CL, et al. Effects of anesthetic management after supratentorial craniotomy. *J Clin Med Res*. 2015;7(10):731–741.
20. Haussalo T. Postoperative nursing care of adult neurosurgical patients [Bachelor's thesis]. JAMK University of Applied Sciences; 2021.
21. Nilsson U, Gruen R, Myles PS. Postoperative recovery: the importance of the team. *Anaesthesia*. 2020;75(Suppl 1):e158–e164.
22. Ritkla L, Phiyayothai D. Effects of using nursing practice guidelines in caring for patients with coronary artery disease undergoing coronary angiography on complications and anxiety levels in patients with coronary artery disease at Medical Ward ThT 2, Thammasat University Hospital; 2019.