

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง

สุมาลี ธรรมะ, พย.บ.¹; อัจฉราวรรณ ทิพย์รักษ์, พย.บ.¹; ศิรินาถ ศรีวัฒนพงศ์, พย.ม.²;

จันทร์ทิวา เจียรณัย, Ph.D.³; ศรัญญา จุฬารีย์, ปร.ด.^{4*}

(วันที่ส่งบทความ: 18 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 19 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 20 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดของผู้ที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองและการดูแลที่มีคุณภาพจะช่วยป้องกันภาวะทุพพลภาพและรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (The clinical practice guideline for patients with intracerebral aneurysm undergoing aneurysm clipping surgery [CPG-IAACS]) 2) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาบริบทและปัญหาร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัด 15 คน และยกร่าง CPG-IAACS 2) ประเมิน CPG-IAACS พบว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II ร้อยละ 94.6 ซึ่งนำไปใช้ได้ 3) ปรับปรุง CPG-IAACS และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ใช้ CPG-IAACS ด้วยเทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ และ 4) นำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลกับพยาบาลผู้โค้ช 10 คน ผู้รับการโค้ช 9 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม CPG-IAACS 9 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยซึ่งมีค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ .90 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการซึ่งมีค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้ CPG-IAACS ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน 1 ราย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.75 วัน ($SD = 9.85$) และเสียชีวิต 1 ราย คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวมก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS ของพยาบาลผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.23, p < .05$ และ $z = -2.38, p < .05$ ตามลำดับ) จึงควรนำ CPG-IAACS ไปใช้อย่างต่อเนื่องและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, การผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง, การโค้ช

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³ รองศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

* ผู้ประพันธ์บทความ: ศรัญญา จุฬารีย์, อีเมล: saranya.c@sut.ac.th

The Development of a Nursing Care Model for Patients with Intracerebral Aneurysm Undergoing Aneurysm Clipping Surgery

Sumalee Thamma, BN.S.¹ ; Acharawan Thipayarak, BN.S.¹ ; Sirinat Sriwattanapong, MN.S.²

Chantira Chiaranai, Ph.D.³ ; Saranya Chularee, Ph.D.^{4*}

(Received: December 18th, 2022; Revised: January 19th, 2022; Accepted: January 20th, 2022)

Abstract

Aneurysm clipping surgery for persons with ruptured intracerebral aneurysms and quality care prevent disability and save the patient's life. This research and development project aimed to 1) develop clinical practice guidelines for patients with intracerebral aneurysms undergoing aneurysm clipping surgery (CPG-IAACS), 2) develop nurses' competencies for caring for those patients, and 3) determine the effects of the nursing care model. There were 4 phases in this study which 1) involved studying the clinical problems and context with 15 participants who were operating room (OR) nurses and the drafting the CPG-IAACS, 2) the CPG-IAACS was assessed and it was found that its overall quality, according to the AGREE II criteria, was 94.6%, so it was suitable for use, 3) focused on the revision of the CPG-IAACS in conjunction with improving OR nurses' competencies using the GROW coaching technique, and 4) was the implementation and evaluation of the revised CPG-IAACS with 10 OR nurses who were coaches, 9 OR nurses who were coached, and 9 patients had undergone aneurysm clipping who were cared for using CPG-IAACS. Data was collected using a nurses' competency assessment form with a scale-content validity index (S-CVI) of .90 and a reliability of .88. The nursing outcomes on the client's record form had a S-CVI of 1.00. The data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed rank tests. The results showed that after implementing the CPG-IAACS, 1 patient had a complication, the mean length of stay in the hospital was 14.75 days ($SD = 9.85$) and 1 patient died. Nurse coaches and OR nurses who were coached had significantly different mean competency scores before and after the training ($z = -2.23, p < .05$, and $z = -2.38, p < .05$, respectively). To achieve positive patient outcomes, CPG-IAACS should be consistently employed and the competencies of nurses should be systematically improved.

Keywords: nursing care model, intracerebral aneurysm, aneurysm clipping surgery, coaching

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Registered Nurse, Professional Level, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³ Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

⁴ Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

* Corresponding author: Saranya Chularee, E-mail: saranya.c@sut.ac.th

บทนำ

การแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองส่งผลให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (Aneurysmal subarachnoid hemorrhage [aSAH]) แม้จะพบน้อยเพียงร้อยละ 3 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ทำให้เกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน (Tawak et al., 2021) หลายประเทศในทวีปยุโรปตะวันออก เอเชียกลาง และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิกมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจาก aSAH ในทวีปเอเชียมากที่สุด (American Heart Association, 2021) ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 52.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง แม้จะไม่มีอาการจนกระทั่งการตายจากภาวะนี้อย่างชัดเจน แต่การแตกของหลอดเลือดโป่งพองจะทำให้อันตรายถึงชีวิตอย่างเฉียบพลัน จึงเป็นกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง คือ การผ่าตัดแยกหลอดเลือดสมองที่โป่งพองออกจากระบบไหลเวียนของเลือดปกติ มีทั้งการหนีบหลอดเลือดที่โป่งพอง (Aneurysm clipping surgery) และการใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดที่โป่งพอง (Endovascular coiling surgery) อัตราความสำเร็จของการรักษาขึ้นกับความชำนาญของแพทย์ผู้รักษาและความพร้อมของหน่วยงาน (สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2562) ทีมผ่าตัดทุกสาขาวิชาชีพจึงต้องพัฒนาสมรรถนะตนเองอยู่เสมอเพื่อช่วยให้เกิดการผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe surgery) ลดข้อผิดพลาด และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากกระบวนการผ่าตัด

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ และเป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงานด้านการผ่าตัดให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดที่โป่งพองตั้งแต่ พ.ศ. 2554 จากสถิติการผ่าตัด 3 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564) มีผู้ป่วยจำนวน 37, 48, และ 43 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่ามีแนวโน้มการผ่าตัดมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดวิธีนี้คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure [IICP]) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial hematoma) ภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (Cerebral vasospasm [CVS]; Shah et al., 2018) ซึ่ง CVS เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากถึงร้อยละ 90 การหดเกร็งของหลอดเลือดทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดเล็กลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง นำไปสู่ภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง (Delayed cerebral ischemia [DCI]) ตามมา ทั้งนี้สาเหตุของการเกิด CVS นี้ยังไม่ทราบแน่ชัด การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2562) ดังนั้นทีมผ่าตัดจึงต้องมีแนวปฏิบัติที่ดีและชัดเจนเพื่อทำให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว อันจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด ลดอัตราการตายจากการแตกของหลอดเลือดแอนทีเรียร์คอมมิวนิเคติง (Ruptured anterior communicating artery aneurysms [Ruptured A-com]) ซึ่งอัตราการตายจาก Ruptured A-com หลังผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบร้อยละ 3.77, 12.24, และ 10.42 ตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน

3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะโซเดียมนในเลือดต่ำ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2564) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล การรักษาต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนั้นหากป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนในหน่วยผ่าตัดระบบประสาท พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การปฏิบัติของบุคลากรเป็นการปฏิบัติที่ได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ และจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางปริศัลยกรรมด้านระบบประสาท ซึ่งบุคคลเหล่านั้นมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (Re-skills and up-skills) ให้มีความสามารถในการช่วยผ่าตัดที่ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง โดยประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (The clinical practice guideline for patients with intracerebral aneurysm undergoing aneurysm clipping surgery [CPG-IAACS]) ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Soukup (2000) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ และมีความน่าเชื่อถือโดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และศึกษาความเป็นไปได้ และการประกาศใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล และ 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ช (Coach) แบบโกรว์ (Whitmore, 2009) ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลนี้จะช่วยให้อัตราการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง อันได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองเคลื่อน ภาวะโซเดียมนในเลือดต่ำ และภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง สามารถลดจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งเหล่านี้นับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ จะมีการฟื้นตัวที่ดี มีโอกาสจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนา CPG-IAACS
2. พัฒนาสมรรถนะการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพองระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด
3. ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้ CPG-IAACS ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และอัตราการตายหลังผ่าตัด

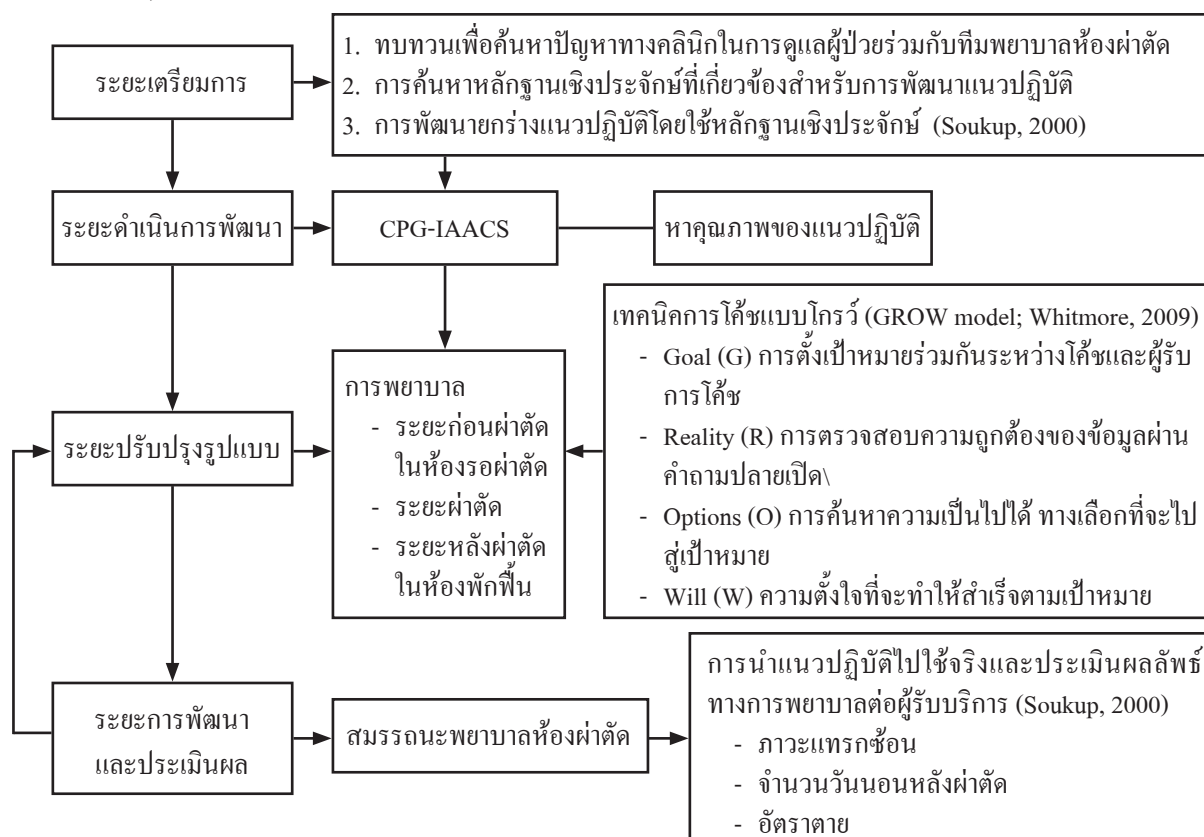
สมมุติฐานการวิจัย

1. CPG-IAACS มีคุณภาพน่าเชื่อถือและนำไปใช้ได้
2. พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้ใช้ CPG-IAACS มีสมรรถนะหลังการใช้สูงกว่าก่อนการใช้

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีกว่าก่อนใช้ CPG-IAACS ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยลง และไม่เกิดอัตราการตายหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้าง CPG-IAACS ทำให้ได้นวัตกรรมในการดูแลที่แสดงให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกันของสหวิชาชีพ ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดในห้องพักผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนา ระยะปรับปรุงรูปแบบ และระยะการพัฒนาและประเมินผล โดยในการพัฒนา CPG-IAACS ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) แบ่งเป็น การทบทวนเพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิก การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและประเมินผลการใช้ และใช้แนวคิดการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2009) ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลดึงศักยภาพภายในตนเองออกมาเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมและผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น เน้นการใช้คำถามที่ดีและมีพลัง (Powerful questioning) การรับฟังด้วยความตั้งใจ (Active listening) การให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก (Positive feedback) การจูงใจและให้กำลังใจ (Motivation) และการกำหนดเป้าหมาย (Set goal; ศิริรัตน์ ศิริวรรณ, 2557) กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมการ (เดือนสิงหาคม 2565) ระยะการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เดือนกันยายน 2565) ระยะปรับปรุงรูปแบบการดูแล (เดือนตุลาคม 2565) และระยะการพัฒนาและประเมินผล (เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565) ดังนี้

ระยะการเตรียมการ (Research 1 [R1])

โดยการศึกษาบริบท ทบทวนสภาพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง การทบทวนวรรณกรรม เพื่อเตรียมการพัฒนา CPG-IAACS โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 15 คน คัดเลือกจากเป็นผู้มีประสบการณ์ช่วยการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองอย่างน้อย 5 ปี และยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มใช้เวลา 45-60 นาที จากนั้นนำไปวิเคราะห์เนื้อหา โดยจำแนกเป็นประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไข

ขั้นที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ PICO framework สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Scopus, EBSCO HOST, ScienceDirect, Clinical Key-Flex, Wiley online library, Thai Journal online, และ Google scholar กำหนดขอบเขตเวลา 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561-2565) และคัดเลือกความเกี่ยวข้องจากการอ่านบทคัดย่อ

ขั้นที่ 3 นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาวิเคราะห์เพื่อยกร่างและสร้างคู่มือการใช้ CPG-IAACS ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ และการประเมินผล ตามกรอบแนวคิดของ Soukup (2000)

ระยะการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Development 1 [D1])

เป็นการนำร่าง CPG-IAACS และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ไปหาคุณภาพ

1. ผู้วิจัยนำร่าง CPG-IAACS ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน 2 คน วิทยุพยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่มีประสบการณ์ช่วยการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ระบบประสาทมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน รวม 5 คน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The AGREE II instrument; Brouwers et al., 2010) แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์ มีคุณภาพร้อยละ 97.7 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคุณภาพร้อยละ 100 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคุณภาพร้อยละ 96.2 ความชัดเจนและการนำเสนอ มีคุณภาพร้อยละ

95 การประยุกต์ใช้ มีคุณภาพร้อยละ 88.9 และความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ มีคุณภาพ ร้อยละ 90 ส่วนในภาพรวม CPG-IAACS มีคุณภาพ ร้อยละ 94.6 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้

2. สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการ และนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออธิบายไว้ในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากนั้นนำ CPG-IAACS และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในระยะปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล

ระยะปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล (Research 2 [R2])

เป็นระยะที่ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัดในห้องรผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตาม CPG-IAACS ที่พัฒนาขึ้นแล้วนำมาออกแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนที่มีโอกาสดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2009)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในเดือนตุลาคม 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุมากกว่า 40 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากสัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองร่วมกับการผ่าตัดอย่างอื่น และกลุ่มตัวอย่างหรือญาติขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย

2. กลุ่มสหวิชาชีพ ประชากรที่ใช้ CPG-IAACS คือ สัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง จำนวน 5 คน วิสัญญีแพทย์ จำนวน 10 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 40 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 15 คน ที่มีประสบการณ์เข้าร่วมการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมากกว่า 5 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองในเดือนกันยายน 2565 และยินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้ ประกอบด้วยมีสัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง จำนวน 2 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน (พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 3 คน และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก 3 คน) รวมทั้งสิ้น 11 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การนำ CPG-IAACS ไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงการทดลองใช้แนวปฏิบัติกับประชากรกลุ่มสหสาขาวิชาชีพทุกคนทั้งแบบ Onsite และ Online เพื่อทำความเข้าใจ แล้วทดลองใช้ CPG-IAACS ในเดือนตุลาคม 2565 กับผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย โดยมีกลุ่มตัวอย่างสหสาขาวิชาชีพทั้ง 11 คน เป็นผู้ให้การศึกษาพยาบาลตาม CPG-IAACS ผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์ขณะผ่าตัด โดยใช้แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS เพื่อสรุปปัญหา และอุปสรรคในการใช้ CPG-IAACS ที่สร้างขึ้น

ขั้นที่ 2 การประเมินผลการใช้ CPG-IAACS และปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์ก่อนนำไปประกาศใช้

ระยะการพัฒนาและประเมินผล (Development2 [D2])

เป็นการนำเทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ ไปดำเนินการโค้ชพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพองตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ประชากรพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 1) พยาบาลผู้โค้ช คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพองตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการพัฒนาสมรรถนะในการโค้ชแบบโกรว์ ให้มีสมรรถนะพร้อมในการโค้ชทีมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป ยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 คน และ 2) พยาบาลผู้รับการโค้ช คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพองน้อยกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายในการรับการพัฒนาจากพยาบาลผู้โค้ชและได้เข้าร่วมทีมผ่าตัด ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 จำนวน 9 คน

2. ประชากรผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม CPG-IAACS คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 พบว่ามีจำนวน 9 ราย (เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกใช้เกณฑ์เดียวกันกับระยะ D1)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยวางแผนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์แบ่งเป็นการสอนภาคทฤษฎีจำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) แนวคิดและหลักการโค้ช จำนวน 1 ชั่วโมง 2) เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ จำนวน 2 ชั่วโมง 3) การวัดและประเมินผลการใช้โค้ช จำนวน 1 ชั่วโมง และ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ CPG-IAACS จำนวน 2 ชั่วโมง และแผนการสอนภาคปฏิบัติจำนวน 3 ชั่วโมง คือ การนำ CPG-IAACS ไปใช้

ขั้นที่ 2 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเป็นพยาบาลผู้โค้ชระยะเวลา 1 วัน 6 ชั่วโมง ประเมินสมรรถนะพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นพยาบาลผู้โค้ช ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นที่ 3 การนำแนวทางการโค้ชแบบโกรว์ ไปดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ในการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง โดยมอบหมายพยาบาลผู้โค้ช ที่ผ่านการอบรมการโค้ชแบบโกรว์ในขั้นที่ 2 เป็นผู้โค้ชแก่พยาบาลผู้รับการโค้ช ซึ่งเป็นการฝึกภาคปฏิบัติการโค้ชตาม CPG-IAACS ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 รวม 2 เดือน ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการวิจัยเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลผู้โค้ชบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลงรหัสกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการตาม CPG-IAACS ทุกระยะการผ่าตัด หลังจากนั้นพยาบาลผู้โค้ชประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้รับการโค้ชก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS และนำเสนอคำแนะนำให้ผู้วิจัยทันทีเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้รับบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม CPG-IAACS โดยใช้แบบบันทึกประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในวันที่ 1 หลังผ่าตัด (24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) โดยผู้วิจัยติดตามเก็บแบบบันทึกจากพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท ทั้ง 9 ราย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา ใบรับรองเลขที่ 099/2022 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2565 หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธและ/หรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างตามแนวทางการค้นหาปัญหาทางคลินิกของ Soukup (2000) โดยมีคำถามหลักคือ “สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมีอะไรบ้าง” และคำถามรองคือ “ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยคืออะไร อยู่ที่หน่วยงาน มักเกิดขึ้นเมื่อไร ทำไมจึงเกิดปัญหา และจะมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างไร”
2. CPG-IAACS ที่ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย ผลการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II พบว่า CPG-IAACS มีคุณภาพโดยรวมร้อยละ 94.6 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือมากกว่าร้อยละ 60 (Brouwers et al., 2010)
3. แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย สิ่งที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ และสิ่งที่ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ ครอบคลุมทุกระยะการผ่าตัด และข้อสังเกต เพื่อนำผลการสังเกตมาปรับปรุง CPG-IAACS ให้เป็นฉบับสมบูรณ์
4. แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดสมรรถนะการพยาบาลห้องผ่าตัด (สภาการพยาบาล, 2553) ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การติดต่อสื่อสาร 2) การพัฒนาคุณภาพและการนำ

มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดมาใช้ 3) ภาวะผู้นำ 4) การบริหารจัดการทั่วไป 5) การพยาบาลระยะผ่าตัดตลอดเลือดสมองโป่งพอง และ 6) จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ตัวเลือกตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบ Rubric score 3 ระดับ คือ 1 (มีสมรรถนะต้องปรับปรุง) 2 (มีสมรรถนะปานกลาง) และ 3 (มีสมรรถนะดี) คะแนนรวมรายด้าน อยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และโดยรวม อยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลสมรรถนะ รายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 70 หรือ < 2.00 คะแนน) ปานกลาง (ร้อยละ 70-85 หรือ 2.00-2.55 คะแนน) และ ดี (สูงกว่าร้อยละ 85 หรือ 2.56-3.00 คะแนน) สำหรับสมรรถนะเฉลี่ยโดยรวม แบ่งระดับเป็น ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 70 หรือ < 12.60 คะแนน) ปานกลาง (ร้อยละ 70-85 หรือ 12.61 – 15.30 คะแนน) และ ดี (สูงกว่าร้อยละ 85 หรือ 15.31-18.00 คะแนน)

5. แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และสถิติของโรงพยาบาล การบันทึกประกอบด้วย 1) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองเคลื่อน ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และ 3) การเสียชีวิตหลังผ่าตัด

6. แผนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 3 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยลำดับที่ 1-5 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาท 3 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล ผู้ใหญ่ 1 ท่าน พิจารณา ได้ผล ดังนี้ (1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง มีความเหมาะสม (2) CPG-IAACS ได้ค่าดัชนีความตรงรายข้อ (Item-level CVI [I-CVI]) อยู่ระหว่าง .6-1.0 และค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับ (Scale-level CVI [S-CVI]) 4 ฉบับ ได้แก่ แนวปฏิบัติของศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง ได้ค่า .95 แนวปฏิบัติของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ค่า .99 แนวปฏิบัติของพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ได้ค่า 1.00 และ แนวปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาล ได้ค่า 1.00 (3) แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS ค่า S-CVI ได้เท่ากับ 1.0 (4) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง .8-1.0 และ S-CVI เท่ากับ .90 และ (5) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการ ค่า I-CVI ได้เท่ากับ 1.0 และ S-CVI เท่ากับ 1.00 ส่วนเครื่องมือการวิจัยลำดับที่ (6) แผนการสอนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์ นำไปให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน วิพากษ์แผนการสอนและให้ข้อเสนอแนะ นำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในระยะเวลาพัฒนาและประเมินผล

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง และนำแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแนวคำถามการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสร้าง CPG-IAACS แล้วนำไปทดลองใช้ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS ว่าการทดลองใช้เป็นไปตามแนวปฏิบัติหรือไม่ เพื่อปรับปรุง CPG-IAACS ให้มีคุณภาพมากขึ้น

2. คะแนนประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) แล้วแปลผลเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด หลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่า คะแนนสมรรถนะมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .5$) จึงเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการพยาบาลเฉลี่ย ก่อนและหลังใช้ CPG-IAACS ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. ข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้รับบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม CPG-IAACS วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้าง CPG-IAACS ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการพัฒนา CPG-IAACS

ผลการวิจัยพบว่า CPG-IAACS ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ก. หลักการและเหตุผล คือ CPG-IAACS ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดและผู้เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้ปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด ข. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติของสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ค. ขั้นตอนการปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ระยะผ่าตัดในห้องผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และ ง. การประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวนวันนอนหลังผ่าตัด และอัตราการตาย 2) แผนการสอนและคู่มือการใช้ CPG-IAACS เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ครอบคลุมการปฏิบัติของศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และวิสัญญีแพทย์/พยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยและของพยาบาล 3) เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย เป้าหมาย เทคนิคผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช กระบวนการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย หัวข้อสนทนา (Topic [T]) การตั้งเป้าหมาย (Goal [G]) การตรวจสอบความถูกต้องของ

ข้อมูลผ่านคำถามปลายเปิด (Reality [R]) การค้นหาความเป็นไปได้ ทางเลือกที่จะไปสู่เป้าหมาย (Options [O]) และความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Will [W]) ดังภาพที่ 2

CPG-IAACS โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000)	เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2009)	สมรรถนะพยาบาลสูงขึ้น
หลักการและเหตุผล : CPG-IACS ของสหสาขาวิชาชีพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน และอัตราการตายจากการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง วัตถุประสงค์ : เป็นแนวปฏิบัติการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหีบหลอดเลือด ขั้นตอนการปฏิบัติ : แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดในห้องรผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตามผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และวิสัญญีแพทย์/พยาบาล การประเมินผล : ผลลัพธ์ของผู้ป่วย และพยาบาล	1. เป้าหมาย: ทำให้ผู้รับการโค้ชปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด 2. ผู้โค้ช : มีทักษะการถามที่ดี ทรงพลัง ฟังอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก จูงใจ และให้กำลังใจ 3. ผู้รับการโค้ช : ไว้วางใจ ไม่อคติ 4. กระบวนการ : เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์	1. การติดต่อสื่อสาร 2. การพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดมาใช้ 3. ภาวะผู้นำ 4. การบริหารจัดการทั่วไป 5. การพยาบาลระยะผ่าตัด หลอดเลือดสมองโป่งพอง 6. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผลลัพธ์ของผู้ป่วย 1. ภาวะแทรกซ้อนลดลง 2. จำนวนวันนอนหลังผ่าตัด 3. อัตราตาย

ภาพที่ 2 CPG-IAACS

ผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้โค้ช จำนวน 10 คน อายุระหว่าง 36-39 ปี อายุเฉลี่ย 36.60 ปี ($SD = 1.34$) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 10-12 ปีขึ้นไป ($M = 11.40$, $SD = 0.89$) ทุกคนเคยผ่านการอบรมและ/หรือการสัมมนาการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และ 2) พยาบาลผู้รับการโค้ช จำนวน 9 คน อายุระหว่าง 25-36 ปี ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 55.56) อายุเฉลี่ย 29 ปี ($SD = 3.24$) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 88.89) และไม่เคยผ่านการอบรมและ/หรือการสัมมนาเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (ร้อยละ 88.89)

สำหรับผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองของพยาบาลผู้โค้ช พบว่า โดยรวมมีสมรรถนะการพยาบาลระดับดีทั้งก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS ($M = 17.50$, $SD = 0.52$ และ $M = 18.00$, $SD = 0.00$ ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.23$, $p < .05$) โดยสมรรถนะการพยาบาลระยะผ่าตัด หลอดเลือดสมองโป่งพองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้ CPG-IAACS น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้ใช้ ก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้ใช้	ก่อน		หลัง		z	p
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล		
1. การติดต่อสื่อสาร	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
2. การพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาล มาดัดมาใช้	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
3. ภาวะผู้นำ	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
4. การบริหารจัดการทั่วไป	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
5. การพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพอง	2.50 (0.52)	ปานกลาง	3.00 (0.00)	ดี	-2.23	0.03 ^a
6. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
สมรรถนะโดยรวม	17.50 (0.52)	ดี	18.00 (0.00)	ดี	-2.23	0.03 ^a

หมายเหตุ. n = 10, ^ap-value < .05, ^a Wilcoxon Signed-Ranks Test

สำหรับผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพองของพยาบาลผู้รับการไ้ใช้ ถูกประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้ใช้ พบว่า โดยรวมมีสมรรถนะการพยาบาลระดับดี ทั้งก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS ($M = 15.44$, $SD = 2.18$ และ $M = 17.33$, $SD = 1.41$ ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.38$, $p < .05$) โดยพบว่าสมรรถนะการพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาลมาดัดมาใช้ และการพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้ CPG-IAACS น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะของพยาบาลผู้รับการไ้ใช้ ก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับการไ้ใช้แบบโกรว์	ก่อน		หลัง		z	p
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล		
1. การติดต่อสื่อสาร	2.56 (0.53)	ดี	2.78 (0.44)	ดี	-1.41	.15
2. การพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาล มาดัดมาใช้	2.33 (0.50)	ปานกลาง	2.89 (0.33)	ดี	-2.23	.02 ^a
3. ภาวะผู้นำ	2.56 (0.53)	ดี	2.78 (0.44)	ดี	-1.41	.15
4. การบริหารจัดการทั่วไป	2.67 (0.50)	ดี	2.89 (0.33)	ดี	-1.41	.15
5. การพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพอง	2.33 (0.50)	ดี	3.00(0.00)	ดี	-2.44	.01 ^a
6. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.00 (0.00)	ดี	3.00(0.00)	ดี	0.00	1.00
สมรรถนะโดยรวม	15.44 (2.18)	ดี	17.33 (1.41)	ดี	-2.38	.02 ^a

หมายเหตุ. n = 9, ^ap-value < .05, ^a Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม CPG-IAACS จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.56) อายุระหว่าง 46-69 ปี อายุเฉลี่ย 63.67 ปี ($SD = 13.20$) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.89) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า 1) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก พบเพียงภาวะสมองเคลื่อนในผู้รับบริการ 1 คน เท่านั้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ไม่ปรากฏ 2) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่าง 7-36 วัน เฉลี่ย 14.75 วัน ($SD = 9.85$) และ 3) พบการเสียชีวิต 1 คน จากสาเหตุภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ร่วมกับภาวะปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia [VAP])

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

CPG-IAACS มีคุณภาพน่าเชื่อถือและนำไปใช้ได้

ผลการวิจัยพบว่า CPG-IAACS มีคุณภาพโดยรวมมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ มีคุณภาพและนำไปใช้ได้ ทั้งนี้เนื่องจาก CPG-IAACS มีกระบวนการพัฒนาที่เน้นการศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดของ Soukup (2000) ที่เชื่อว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีจะสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีในขณะนั้น (The best evidence) มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย และยังแสดงถึงมาตรฐานการพยาบาล (Nursing standard) อีกด้วย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติของ Saunders et al. (2019) ที่กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล (Quality of care) และเกิดผลลัพธ์กับผู้ป่วย (Patient outcomes) ที่ดีได้

พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้ใช้ CPG-IAACS มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ได้ใช้ และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการโค้ช มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหั่นหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าหลังการใช้ CPG-IAACS มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับ กับงานวิจัยของ Bull et al. (2020) ที่ศึกษาผลของการโค้ชเทคนิคการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic general surgery operations) ต่อการประเมินสมรรถนะด้วยตนเองของแพทย์ประจำบ้าน (Resident) และแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ (Fellow) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองได้แม่นยำและสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญ และประเมินตนเองว่ามีทักษะสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องประสิทธิภาพการสอน/การนิเทศ/การโค้ชต่อความรู้และทักษะการพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกต่าง ๆ อาทิเช่น ธิตินา แ่งสุข และคณะ (2560) ศึกษาผลของการโค้ชต่อการจัดทำอนทาร์กเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลลำปาง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการโค้ชพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัด

ท่านอนทาร์ก มากกว่าก่อนได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการโค้ชช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะทางการพยาบาล ส่วนการศึกษาของ กัญจน์ชยรัตน์ อุดคำมี และคณะ (2563) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการสอนงานการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมทำงานตามปกติ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงาน ตามแนวคิด COACH model ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ทำงานตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวโดยสรุปคือ การใช้กระบวนการที่ผู้รู้หรือมีประสบการณ์ชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเป็นขั้นตอนจะทำให้ สมรรถนะการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทักษะการโค้ชที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดึงศักยภาพภายในตัวบุคคลทั้งของผู้โค้ชเองและผู้ที่ได้รับการโค้ชออกมาได้จริง โดยทำให้บุคคลที่ได้รับการโค้ชนั้นมีความรู้และทักษะในการคิดและค้นหาทางออกของปัญหาด้วยตัวเอง และมีความมั่นใจตัวเอง (สุมลา พรหมมา, 2559)

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะผ่าตัดนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ ของ Whitmore (2009) ซึ่งประกอบไปด้วย หัวข้อ (Topic [T]) การตั้งเป้าหมาย (Goal [G]) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผ่านคำถามปลายเปิด (Reality [R]) การค้นหาความเป็นไปได้ ทางเลือกที่จะไปสู่เป้าหมาย (Options [O]) และความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Will [W]) ซึ่งจัดว่าเป็นการโค้ชแบบมีโครงสร้างที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมายของการโค้ช สนับสนุนโดยการศึกษาของรุ่งอรุณ บุตรศรี และคณะ (2563) พบว่า การนิเทศโดยใช้โมเดลการโค้ชแบบโกรว์ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่าก่อนใช้โมเดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เพราะเข้าใจเป้าหมายของงานอย่างชัดเจน และการใช้คำถามยังช่วยกระตุ้นการคิดและการตัดสินใจ มีความมั่นใจทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และมีผลการปฏิบัติที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำเกี่ยวกับการโค้ชของ Gagnon and Abbasi (2018) ที่กล่าวการรูปแบบการโค้ชที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นการโค้ชอย่างมีแบบแผน ที่ผู้โค้ชจะต้องทราบว่าผู้เรียนมีเป้าหมายอย่างไรเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีกว่าก่อนใช้ CPG-IAACS

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะของการนำ CPG-IAACS ไปใช้ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง จำนวน 9 ราย พบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก คือ ภาวะสมองเคลื่อน และผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิต ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีศูนย์ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

หลายสาขา รวมไปถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Certified comprehensive stroke center [CSC]) ทำให้ถึงแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน แต่ได้รับการดูแลในระยะก่อนได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดอย่างดี จึงช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sheehan et al. (2022) ที่ศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง จำนวน 387 คน โดยภายหลังที่มีการควบคุมตัวแปรเรื่องความรุนแรงของโรคและการมีโรคร่วม พบว่า อัตราการการตายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดจะลดลงถึงร้อยละ 72 หากผู้ป่วยได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีศูนย์ความเชี่ยวชาญดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (Primary stroke centers [PSC]; odds ratio = 0.28, 95% CI [0.10-0.77], $p = .01$) สำหรับการเปรียบเทียบกับสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนจะมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้นั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดการวิจัย ซึ่งจะต้องเปรียบเทียบปีงบประมาณต่อปีงบประมาณ แต่เมื่อวิเคราะห์จะพบว่าในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง จำนวน 43 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 58.14) ที่เกิดภาวะไซเดียมในเลือดต่ำ และ 1 ราย เสียชีวิตจากภาวะสมองเคลื่อน เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มแล้ว ในปีงบประมาณ 2566 ที่เริ่มมีการนำ CPG-IAACS มาใช้และก่อนการนำใช้จริงได้มีการอบรมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเพื่อเพิ่มสมรรถนะ จึงเชื่อได้ว่าเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ สถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงและสถิติการเสียชีวิต จะต่ำกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า CPG-IAACS ที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล กล่าวคือผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายลดลงและการได้ขบวนการยังเป็นการพัฒนาความรู้และสมรรถนะทีมผ่าตัดให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ 1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่เข้ารับการรักษาดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และคัดออกเมื่อมีการผ่าตัดอย่างอื่นร่วม ในการวิเคราะห์สถิติผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมเกี่ยวกับโรคร่วม และความรุนแรงของโรคซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย 2) ระยะเวลาในการใช้ CPG-IAACS และจำนวนผู้รับการผ่าตัดก็เป็นข้อจำกัดการวิจัย แต่จากวิเคราะห์พบแนวโน้มที่ดีหากมีการใช้ CPG-IAACS นี้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาทักษะและสร้างวัฒนธรรมการโค้ชให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับการโค้ชตั้งศักยภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเฉพาะทาง และ/หรือการพยาบาลเฉพาะทางที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะขั้นสูง
2. ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง และวัดผลซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2563*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
- กาญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี, พรธิดา ชื่นบาน, และกษณา จันทราโยธากร. (2563). ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 28(2), 18-24.
- จิตติมา แบ่งสุข, มาลี เอื้ออำนวย, และจุฑามาศ โชติบง. (2560). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในการจัดทำอาหารก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 44(3), 1-8.
- รุ่งอรุณ บุตรศรี, สหพันธ์ หิญาธิระนันท์, และปราณี มีหาญพงษ์. (2563). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(2), 84-96.
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. นครราชสีมา : โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- ศิริรัตน์ ศิริวรรณ. (2557). *การโค้ชเพื่อผลการปฏิบัติงานที่ยอดเยี่ยม*. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกเกร็งจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกแรกนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 35(1), 24-35.
- สุมลา พรหมมา. (2559). รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*, 11(2), 354-638
- American Heart Association. (2021). *2021 heart disease and stroke statistics update fact sheet at-a-glance*. Retrieved from https://www.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2021-heart-and-stroke-stat-update/2021_heart_disease_and_stroke_statistics_update_fact_sheet_at_a_glance.pdf

- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-E842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Bull, N. B., Silverman, C. D., & Bonrath, E. M. (2020). Targeted surgical coaching can improve operative self-assessment ability: A single-blinded nonrandomized trial. *Surgery*, 167(2), 308-313. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.08.002>
- Gagnon, L. H., & Abbasi, N. (2018). Systematic review of randomized controlled trials on the role of coaching in surgery to improve learner outcomes. *The American Journal of Surgery*, 216(1), 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.05.003>
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 176-185. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>
- Shah, K.B., Shrestha, S., Jaiswal, S.K., Qian, L.B., & Kui, C.L. (2018). Aneurysm clipping and outcome for Hunt & Hess grade 4, 5 subarachnoid hemorrhage - A literature review. *Open Journal of Modern Neurosurgery*, 8(2), 215-232. <https://doi.org/10.4236/ojmn.2018.82018>
- Sheehan, T.O., Davis, N.W., Guo, Y., Kelly, D.L., Yoon, S.L., & Horgas, A.L. (2022). Predictors of time to aneurysm repair and mortality in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, 54(5), 182-189. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000660>
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02468-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9)
- Tawk, R.G., Hasan, T.F., D'Souza, C.E., Peel, J.B. & Freeman, W.D. (2021). Diagnosis and treatment of unruptured intracranial aneurysms and aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(7), 1970-2000. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.005>
- Whitmore, J. (2009). *Coaching for performance: GROWing human potential and purpose* (4th ed.). London: Nicholas Brealey Publishing.