ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

Received: 28 November 2024
Revised: 13 December 2024
Accepted: 26 December 2024

ปิยฉัตร เตี้ยวซี พย.ม.[1] จิรัญญา กาญจนโบษย์ พย.บ.[2]
แสงรวี มณีศรี ปร.ด.[3*] วันเพ็ญ ชำนาญธรรม พย.ม.[4]
นิภาดา ธารีเพียร พย.ม.[5]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพในระยะวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มละ 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก แบบประเมินระดับความพิการ และแบบบันทึกการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-squared test, Independent t-test, Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย: พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดสามารถลดความดันโลหิตซีสโตลิก หลังเข้ารับการรักษา 1 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($f=17.46$, $p<.001$, $f=8.30$, $p<.05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.312$, $p<.001$, $\chi^2 = 5.075$, $p<.05$ ตามลำดับ)

สรุปผล: แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการควบคุมความดันโลหิตซีสโตลิกและลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกต่อไป ในการทำวิจัยในอนาคตควรมีการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว และมีการควบคุมลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้มงวดโดยเฉพาะความรุนแรงของโรค

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล โรคหลอดเลือดสมองแตก ความดันโลหิตซีสโตลิก ความดันในกะโหลกในศีรษะสูง

[1] พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
[*] Corresponding author Email: sangrawee.m@rsu.ac.th
[4-5] อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

Effectiveness of Using the Nursing Practice Guidelines to Care for Patients with Hemorrhagic Stroke with Non-Operation Admitted to the Neurosurgery Intensive Care Unit

Piyachatr Teawsee, M.N.S.[1] Chirunya Kanchanabothsaya, B.N.S[2]
Sangrawee Maneesri, Ph.D.[3*] Wanpen Chamnantham, M.N.S.[4]
Nipada Tareepian, M.N.S.[5]

Abstract

Introduction: Hemorrhagic stroke is a neurological emergency with high mortality and disability rates, requiring urgent and effective care during the critical period.

Research Objective: To develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines in caring for patients with non-operated hemorrhagic stroke at the Neurosurgery Intensive Care Unit, Nopparat Rajathanee Hospital.

Methodology: The study included 90 patients, divided into two groups: 45 before and 45 after implementing nursing practice guidelines. Data collection instruments comprised personal information records, ICH score, modified Rankin scale, and IICP monitoring records. Data analysis was performed using descriptive statistics, the chi-squared test, the independent t-test, and repeated measures ANOVA.

Results: Following the implementation of nursing practice guidelines for non-operated hemorrhagic stroke patients, significant reductions in systolic blood pressure were observed at 1 hour and 24 hours after admission ($f = 17.46$, $p < .001$; $f = 8.30$, $p < .05$, respectively). Furthermore, there were statistically significant decreases in the incidence of increased intracranial pressure and mortality rates ($\chi^2 = 15.312$, $p < .001$; $\chi^2 = 5.075$, $p < .05$, respectively).

Conclusion: These nursing practice guidelines were efficient in reducing systolic blood pressure and decreasing major complications in hemorrhagic stroke patients.

Recommendations: Nursing practice guidelines can be used to improve the quality of nursing care and clinical outcomes for patients with non-operated hemorrhagic stroke at the Neurosurgery Intensive Care Unit. Future studies should assess long-term outcomes and strictly control the sample characteristics, particularly disease severity.

Keywords: Nursing practice guidelines, Hemorrhagic stroke, Systolic blood pressure, Increased intracranial pressure

[1] Registered Nurse (Senior professional level), Neurosurgery Intensive Care Unit, Nopparat Rajathanee Hospital
[2] Registered Nurse (Professional level), Neurosurgery Intensive Care Unit, Nopparat Rajathanee Hospital
[3] Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University
[*] Corresponding author Email: sangrawee.m@rsu.ac.th
[4 -5] Lecturer, School of Nursing, Rangsit University

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การมีจุดเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดโป่งพอง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรืออุบัติเหตุ แบ่งตามตำแหน่งได้เป็นเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) ในช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage: SAH) และในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage: IVH) โรคนี้มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง จึงต้องวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ เนื่องจากภาวะเลือดออกสามารถขยายตัวอย่างรวดเร็วและอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์สมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงกะทันหัน เกิดความผิดปกติของระบบประสาท และหากรุนแรงจะทำให้สมองเคลื่อนกดทับก้านสมอง จนเสียชีวิตในที่สุด โดยอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันสูงถึง ร้อยละ 36[2] ซึ่งปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ ปริมาตรเลือดออก ≥30 ลบ.ซม. จุดเลือดออกในตำแหน่ง Infratentorial, IVH, สมองเคลื่อน ≥ 5 มม. และคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) ≤ 8

อุบัติการณ์ของ ICH ในเอเชียพบ 51.8 คนต่อประชากร 100,000 คน/ปี ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มประชากรอื่น และเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น[5] ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 พบอุบัติการณ์ของ ICH มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 79.27 เป็นร้อยละ 88.38 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และอัตราการเสียชีวิตด้วย ICH เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.88 เป็นร้อยละ 27.58[6] แนวทางการรักษา ICH ที่สำคัญประกอบด้วย การจัดการความดันโลหิต โดยมีเป้าหมายลดความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มม.ปรอท ภายใน 6 ชั่วโมงแรก และรักษาให้ต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ในช่วง 24-48 ชั่วโมงถัดไป[7] และการแก้ไขภาวะเลือดออกผิดปกติร่วมด้วยโดยการให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation reversal agents) เช่น วิตามินเค (Vitamin K) ยาต้านแฟคเตอร์ Xa (Factor Xa inhibitors) และยายับยั้งทรอมบิน (Thrombin Inhibitors)[8]

จากสถิติโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้นจาก 289 คนในปี 2562 เป็น 395 คนในปี 2566 อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 74 เป็น 108 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทเพิ่มจาก 228 เป็น 350 คน โดยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 17-26 และไม่ผ่าตัดร้อยละ 74-83 ปัจจุบันหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล: ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมและใช้ยาหลายชนิด ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ 2) ด้านผู้ปฏิบัติ: บุคลากรมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และ 3) ด้านระบบการดูแล: การประเมินและซักประวัติยังไม่ครอบคลุม แนวทางการให้คำแนะนำยังไม่เป็นรูปธรรม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[9-11] พบว่าการพัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้เน้นการควบคุมการขยายตัวของก้อนเลือดโดยการให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการลดความดันโลหิตอย่างเข้มงวด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตราชธานีเพื่อควบคุมความดันโลหิต ลดความพิการ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

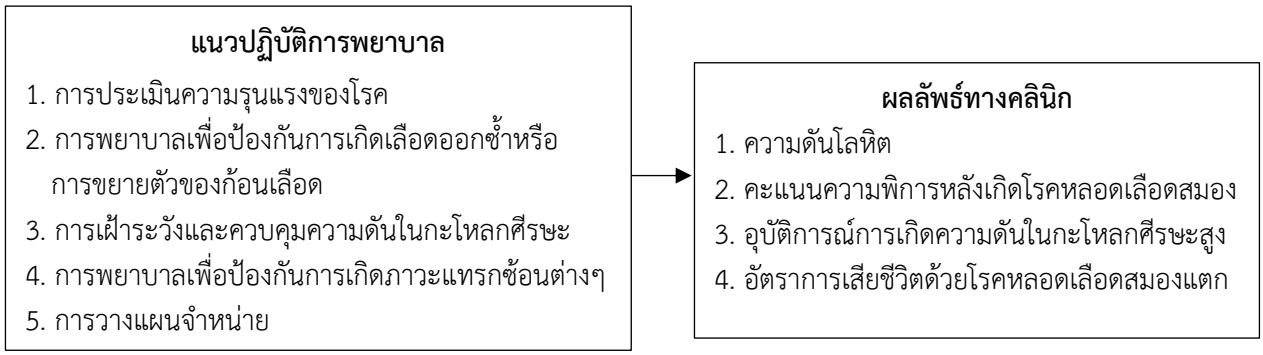
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ต่อความดันโลหิต คะแนนความพิการ อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยคะแนนความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ต่ำกว่าระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิด (Conceptual framework)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลมีกรอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ชัดเจนและมีเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจอย่างเป็นขั้นตอน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Soukup[12] ประกอบด้วย 4 ระยะ รายละเอียดดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R & D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria): 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ICD 10: I61 Intracerebral hemorrhage และ 3) ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria): 1) ผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดแต่ญาติปฏิเสธ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด, 3) ผู้ป่วยมี ICH score 5-6 (High grade), 4) ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ไม่เกิน 24 ชั่วโมง และ 5) ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและไม่มีญาติ หรือผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

การคำนวณขนาดศึกษา (Study size estimation)

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ α = .05, อำนาจการทดสอบ (power of test) = .80, ขนาดอิทธิพล (effect size) f = .25 (medium effect size) for Repeated measures ANOVA[13] กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม วัดผลลัพธ์ 4 ครั้ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน และเพิ่ม dropout ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 1. การประเมินความรุนแรงของโรค 2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำหรือการขยายตัวของก้อนเลือด 3. การเฝ้าระวังและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ 4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ 5. การวางแผนจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (Participants Data Record Form) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา และผู้ดูแลหลัก **ส่วนที่ 2** แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย สาเหตุการเกิดหลอดเลือดสมองแตก โรคร่วม พฤติกรรมเสี่ยง ปริมาตรก้อนเลือด GCS ผล CT-brain ความดันโลหิต จำนวนยาลดความดันโลหิต สภาพจำหน่าย จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก **ส่วนที่ 3** แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke severity assessment form) โดยใช้เครื่องมือ ICH score พัฒนาขึ้นโดย Hemphill และคณะ[14] ประกอบไปด้วย GCS, อายุ, จุดเลือดออก, ปริมาตร ICH, และ IVH มีเกณฑ์การคะแนนดังนี้: คะแนน GCS 3 ถึง 4 (=2 คะแนน), 5 ถึง 12 (=1), 13 ถึง 15 (=0); อายุ ≥80 ปี ใช่ (=1), ไม่ใช่ (=0); ต้นกำเนิดที่ Infratentorial ใช่ (=1), ไม่ใช่ (=0); ปริมาตร ICH ≥30 cm^3 (=1), <30 cm^3 (=0); และ IVH ใช่ (=1), ไม่ใช่ (=0) คะแนนรวม 0-6 คะแนนมากบ่งบอกความรุนแรงของโรคสูง **ส่วนที่ 4** แบบประเมินระดับความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (modified Rankin scale: mRS)[15] พัฒนาขึ้นโดย Rankin[15] แบ่งการประเมินออกเป็น 6 ระดับ จากคะแนน 0 คะแนน = ไม่มีความผิดปกติ ถึง 5 คะแนน = มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตให้คะแนนระดับความทุพพลภาพ 6 คะแนน **ส่วนที่ 5** แบบบันทึกการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) ประกอบด้วยการประเมินอาการและอาการแสดงของของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การให้คะแนน 0 = ไม่เกิด 1 = เกิดระยะแรก และ 2 = เกิดระยะท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา ทีมผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก (ICH score) แบบประเมินระดับความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (modified Rankin scale) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

item objective congruence: IOC) เท่ากับ .93, 1.0, 1.0 ตามลำดับ เนื่องจาก ICH score และ modified Rankin scale เป็นแบบประเมินมาตรฐานแล้วจึงไม่ได้นำมาหาค่า reliability

วิธีเก็บรวมรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การค้นหาวิเคราะห์ปัญหาและบริบท การวิเคราะห์สถานการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทย้อนหลัง 5 ปี พบแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ด้านบริบทพบว่ามีโครงสร้างระบบบริการ ทรัพยากรและระบบสนับสนุนพื้นฐานที่จำเป็นเพียงพอ สาเหตุของปัญหาคือขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ระบบการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนไม่ชัดเจน การติดตามและจัดการความดันโลหิตยังไม่เข้มงวด รวมถึงการซักประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดล่าช้า ส่งผลให้การควบคุมการขยายตัวของก้อนเลือดมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

ระยะที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล สืบค้นตามกรอบ PICOs จาก 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, Science Direct, Scopus, Google scholar และ Grey literature ระหว่างปี 2015-2024 ได้งานวิจัย 25 เรื่อง และประเมินระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ JBI level of evidence[16] นำมาสู่แนวปฏิบัติการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความรุนแรงของโรค 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันการขยายตัวของก้อนเลือด: การให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการควบคุมความดันโลหิตในระยะวิกฤต 3) การเฝ้าระวังและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ: ติดตามสัญญาณชีพและระบบประสาท การจัดท่า ดูแลอาการปวด ประเมินอาการชัก การให้สารน้ำ ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และดูแลระบบทางเดินหายใจ 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต ต่อมไร้ท่อ การติดเชื้อ และ 5) การวางแผนจำหน่าย[17-19]

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ เริ่มจากการเตรียมความพร้อมโดยประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพ มีการประเมินผ่านการวัดความรู้และสังเกตทักษะ กำหนดระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา จากนั้นดำเนินการทดลองใช้โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและบันทึกข้อมูลต่อเนื่อง ประชุมทีมและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะ

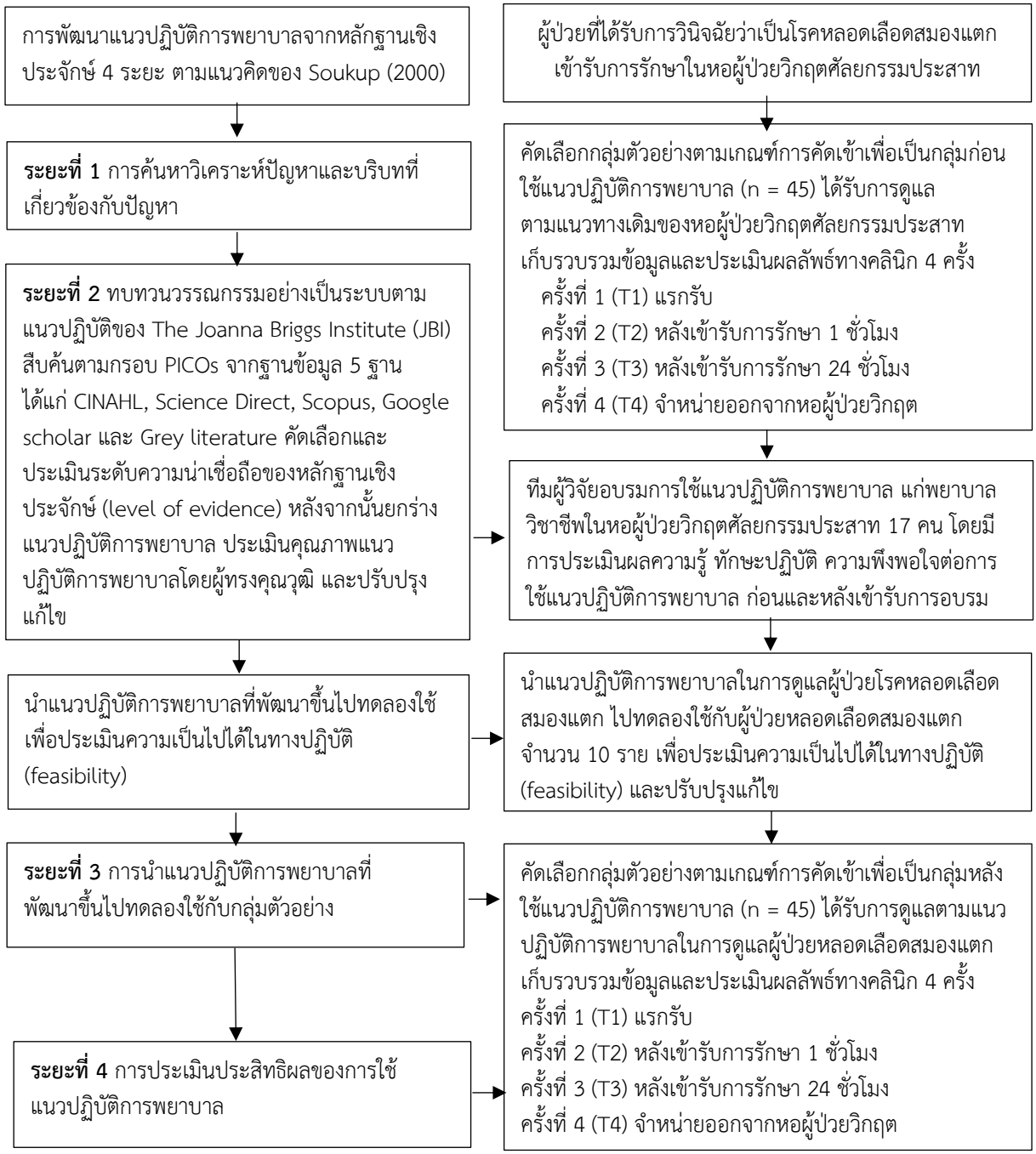
ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก 4 ตัวแปร ได้แก่ ความดันโลหิต คะแนนความพิการ อุบัติการณ์การเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิต โดยจัดเตรียมเครื่องมือเก็บข้อมูล กำหนดระยะเวลาและวิธีการประเมินที่ชัดเจน อบรมผู้เก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจตรงกัน และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยบันทึกค่าความดันโลหิตจำนวน 4 ครั้ง ประเมินคะแนนความพิการ และบันทึกการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและการเสียชีวิตทั้งแรกรับและจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 44/2567 วันที่ 30 กรกฎาคม 2567 – 29 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม เคารพในบุคคล คำนึงถึงประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และยุติธรรมในการปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-squared test และ Independent t-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test

5) เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตด้วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-squared test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งสองกลุ่มมีสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง ปริมาตรของก้อนเลือดไม่แตกต่างกัน ได้รับยาลดความดันโลหิต 1-3 ชนิด แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมี ICH score เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.33 และ 1.98, $p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-squared test และ Independent t-test

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		Statistic	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุของ Intracerebral Hemorrhage					2.212[a]	.899
ความดันโลหิตสูง	42	93.3	41	91.1		
เกิดขึ้นเอง	2	4.4	3	6.7		
Warfarin Induce	1	2.2	1	2.2		
ปริมาตรของก้อนเลือด (ml)					1.056[b]	.070
Mean (S.D.)	17.96 (16.28)		14.59 (13.93)			
Range	0.86-65.08		1.38-87.75			
ICH score					3.111[b]	.037*
Mean (S.D.)	1.98 (1.18)		1.33 (0.74)			
Range	0-4		0-3			
ยาลดความดันโลหิต					.963[a]	.327
1-3 ชนิด	36	80	32	71.1		
> 3 ชนิด	9	20	13	28.9		

a = chi-squared test, b = independent t-test *$p < .05$

การวิเคราะห์ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต พบว่าทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาและมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

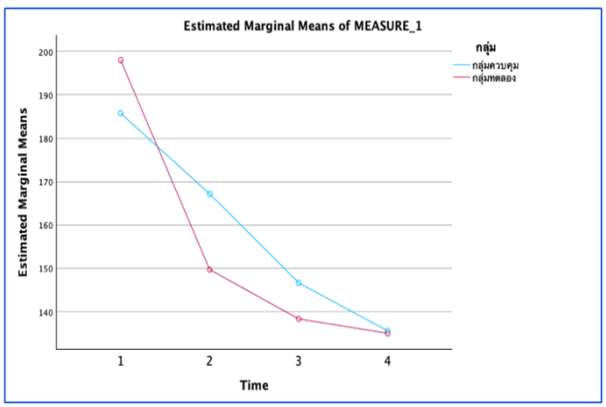
ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบขนาดอิทธิพลระดับปานกลางในความดันซิสโตลิก ($\eta^2_p = .136$) และระดับต่ำในความดันไดแอสโตลิก ($\eta^2_p = .065$) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิผลในการควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันซิสโตลิกซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

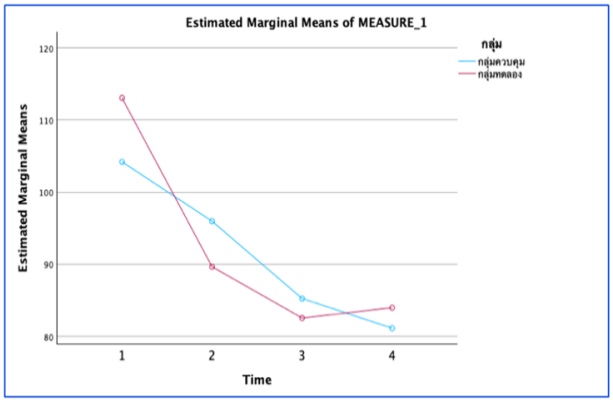
Source variation	SS	df	MS	F	p-value	η^2_p
ความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP)						
Within subjects						
Time	170918.060	2.384	71686.803	222.218	<.001*	.716
Time*Group	10675.394	2.384	4477.496	13.880	<.001*	.136
Error time	67684.729	209.813	322.596			
ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP)						
Within subjects						
Time	38894.029	2.675	14538.210	79.960	<.001*	.476
Time*Group	2969.073	2.675	1109.811	6.104	<.001*	.065
Error time	42805.089	235.462	181.820			

η^2_p = Partial Eta Squared

เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างกลุ่มพบว่า ความดันซิสโตลิกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ช่วงเวลาแรก โดยช่วงแรกกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติมีความดันซิสโตลิกสูงกว่า (12.25 mmHg, $p < .05$) แต่ในช่วงที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติมีความดันซิสโตลิกที่สูงกว่า (17.46 และ 8.30 mmHg, $p < .001$ และ $p < .05$) ส่วนความดันไดแอสโตลิก พบความแตกต่างเฉพาะช่วงเวลาแรก โดยที่กลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติมีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า (8.86 mmHg, $p < .05$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติจะมีความดันโลหิตสูงกว่าในช่วงแรก แต่หลังจากได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าโดยเฉพาะความดันซิสโตลิกใน 24 ชั่วโมงแรก ดังภาพที่ 3 และ 4



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SBP 4 ช่วงเวลา



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DBP 4 ช่วงเวลา

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

การศึกษาระดับความพิการโดยใช้ mRS พบว่าแรกรับกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.84) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 1.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ระยะจำหน่ายทั้งสองกลุ่มมีคะแนน mRS ลดลง โดยกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 1.44) และกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.24 (S.D. = 1.51) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติจะมีคะแนน mRS ที่ต่ำกว่าแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .667) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test

mRS score	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		M_{diff}	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
แรกรับ	4.29	0.84	3.80	1.47	.489	1.935	.046*
จำหน่าย	3.78	1.44	3.24	1.51	.533	1.712	.667

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ระยะแรกรับทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p = .242) แต่ระยะการดูแลต่อเนื่องจนถึงจำหน่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะ IICP ร้อยละ 37.8 เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะ IICP ร้อยละ 4.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) สำหรับอัตราการเสียชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติเสียชีวิต ร้อยละ 20 เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติเสียชีวิตเพียงร้อยละ 4.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิตด้วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-squared test

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแรกรับ					2.841	.242
ไม่เกิด	5	11.1	7	15.6		
เกิดระยะแรก	29	64.4	33	73.3		
เกิดระยะท้าย	11	24.4	5	11.1		
อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงระยะดูแลถึงจำหน่าย					15.312	<.001*
ไม่เกิด	28	62.2	43	95.6		
เกิดระยะแรก	5	11.1	0	0		
เกิดระยะท้าย	12	26.7	2	4.4		
อุบัติการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก					5.075	.024*
ไม่เกิด	36	80	43	95.6		

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิด	9	20	2	4.4		

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยแนวปฏิบัติถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานตามกรอบแนวคิดของ Soukup[12] โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือทั้งระดับชาติและนานาชาติ โดยจุดเด่นของแนวปฏิบัตินี้คือควบคุมการขยายตัวของก้อนเลือดโดยการลดความดันโลหิตอย่างเข้มงวด และให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างเหมาะสม โดยกำหนดแนวทางการบริหารยา Nicardipine ที่ชัดเจน เริ่มต้นที่ 2.5 mg/hour (ความเข้มข้น 0.1-0.2 mg/ml) และเพิ่มขนาดครั้งละ 2.5 mg/hour ทุก 15 นาที ไม่เกิน 15 mg/hour[17] พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง หากไม่ได้ target SBP ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณายาชนิดรับประทานเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า โดยเฉพาะใน 1 และ 24 ชั่วโมงแรก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการควบคุม SBP < 140 mmHg ภายใน 4 ชั่วโมง[20] สัมพันธ์กับการลดการขยายตัวของก้อนเลือดและอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงควรลด SBP < 140 mmHg ภายใน 1 ชั่วโมง[21] ดูแลไม่ให้ SBP < 100-120 mmHg หรือ > 180 mmHg และรักษาระดับให้คงที่ภายใน 24 ชั่วโมง[22] การประเมินความพิการมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากช่วยบ่งชี้ระดับความพิการและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวางแผนการรักษาและฟื้นฟูได้เหมาะสม แม้กลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติจะมี mRS ต่ำกว่าตั้งแต่แรก แต่ลดลงมากกว่าในระยะจำหน่าย สะท้อนประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการลดความรุนแรงของโรคและความพิการ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่เนิ่นๆ จะเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะมี mRS ≤ 2 ที่ 90 วัน ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ป่วยที่กลับบ้านทันทีหลังการรักษาในระยะเฉียบพลัน[23]

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าอย่างชัดเจน เนื่องจากมีการเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ทั้งสัญญาณชีพและระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรก การสังเกตอาการเตือนเริ่มแรกช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและปลอดภัย[24] และมีแนวทางการป้องกันการขยายตัวของก้อนเลือด โดยระยะเวลาตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับสารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดน้อยกว่า 60 นาที และควบคุม SBP < 160 mmHg และ INR < 1.3 ภายใน 4 ชั่วโมง จะช่วยลดการขยายตัวของก้อนเลือดและอัตราการเสียชีวิตได้[18]

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ช่วยพัฒนาผลลัพธ์ทั้งการควบคุมความดันโลหิต การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการลดอัตราการเสียชีวิต จุดแข็งของงานวิจัยคือมีการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ และใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานสากล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงทางคลินิก อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดคือไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์สั้น และมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่ได้ควบคุม โดยเฉพาะความรุนแรงของโรคที่ประเมินโดย ICH score

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

ที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

2. สร้างระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา จัดระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

3. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial ที่ควบคุมตัวแปรเข้มงวดขึ้น

2. ทำการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

3. พัฒนาแนวปฏิบัติในรูปแบบดิจิทัลที่มีระบบประเมินและติดตามผลที่แม่นยำและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Reference

1. Unnithan AKA, Das JM, Mehta P. Hemorrhagic Stroke [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Nov 25]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/
2. Nisar T, Alchaki A, Hillen M. Validation of ICH score in a large urban population. Clin Neurol Neurosurg. 2018;174:36-39.
3. Rangsawat S. Factors affecting 30-day mortality rate in patients with primary intracerebral hemorrhage at Mukdahan Hospital. Nakhon Phanom Hosp J. 2021;8(2):28-43. In Thai.
4. Magid-Bernstein J, Girard R, Polster S, Srinath A, Romanos S, Awad IA, et al. Cerebral Hemorrhage: Pathophysiology, Treatment, and Future Directions. Circ Res. 2022;130(8):1204-29.
5. An SJ, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. J Stroke. 2017;19(1):3-10.
6. Tiamkao S. Stroke situation in Thailand. J Thai Neurol. 2021;37(4):54-60. In Thai.
7. Hemphill JC 3rd, 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(7):2032-60.
8. Frontera JA, Lewin JJ 3rd, Rabinstein AA, Aisiku IP, Alexandrov AW, Cook AM, et al. Guideline for Reversal of Antithrombotics in Intracranial Hemorrhage: A Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society and Society of Critical Care Medicine. Neurocrit Care. 2016;24(1):6-46.
9. Rojana S. Development of nursing care model for hemorrhagic stroke patients with hypertension. Thai J Cardiovasc Thorac Nurs. 2020;31(2):206-21. In Thai.
10. Siripraphaphon S, Panprasert S, Ditprae S. Development of care system for hemorrhagic stroke patients with hypertension at Somdejphraphutthalertla Hospital. J Health Sci. 2022;31(2):s353-64. In Thai.
11. Saeng-in P, Thongmee P, Plueynongkae S, Petsanghan P, Hanlue K, Saenyamool S. Development of nursing practice guidelines for hemorrhagic stroke patients in neurosurgical

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567) Vol.7 No.3 (September– December 2024)

intensive care unit, Roi Et Hospital. J Nurs Health Care. 2024;42(3):e272542. In Thai.
12. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Hemphill JC, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH Score: A Simple, Reliable Grading Scale for Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2001;32(4):891-7.
15. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. Scott Med J. 1957;2(5):200-15.
16. Joanna Briggs Institute. JBI EBP Database Guide [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 25]. Available from: https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm
17. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guideline for hemorrhagic stroke: Care map for hemorrhagic stroke. Bangkok: Thana Press; 2019. In Thai.
18. Aldhaeefi M, Badreldin HA, Alsuwayyid F, Alqahtani T, Alshaya O, Al Yami MS, et al. Practical Guide for Anticoagulant and Antiplatelet Reversal in Clinical Practice. Pharmacy (Basel). 2023;11(1):34.
19. Teo KC, Keins S, Abramson JR, Leung WCY, Leung IYH, Wong YK, et al. Blood Pressure Control Targets and Risk of Cardiovascular and Cerebrovascular Events After Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2023;54(1):78-86.
20. Kuramatsu JB, Gerner ST, Schellinger PD, Glahn J, Endres M, Sobesky J, et al. Anticoagulant reversal, blood pressure levels, and anticoagulant resumption in patients with anticoagulation-related intracerebral hemorrhage. JAMA. 2015;313(8):824-36.
21. Law ZK, Appleton JP, Bath PM, Sprigg N. Management of acute intracerebral haemorrhage – an update. Clin Med (Lond). 2017;17(2):166-72.
22. Shoamanesh A, Lindsay MP, Castellucci LA, Cayley A, Crowther M, de Wit K, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage, 7th Edition Update 2020. Int J Stroke. 2021;16(3):321-41.
23. Manchi MR, Venkatachalam AM, Atem FD, Stone S, Mathews AA, Abraham AM, et al. Effect of inpatient rehabilitation facility care on ninety day modified Rankin score in ischemic stroke patients. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2023;32(6):107109.
24. Singkwang K. Development of clinical practice guidelines for initial assessment of increased intracranial pressure warning signs in post brain tumor surgery patients. Buddhachinaraj Med J. 2020;37(2):136-48. In Thai.