ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ

Received: 27 February 2026
Revised: 15 March 2026
Accepted: 30 April 2026

นงเยาว์ เที่ยงทอง พย.บ.[1]
ยุพาพร ภู่นุช พย.บ.[1]
สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ พย.ม.[2*]

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองเป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงสูง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ พบปัญหาความล่าช้าและไม่พร้อมของการจัดเตรียมเครื่องมือ และยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา นี้แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างในระยะทดสอบประกอบด้วยผู้ป่วย 50 คน (กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน) และพยาบาลห้องผ่าตัด 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินประสิทธิภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC=0.67-1.00) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย: 1) ปัญหาหลักคือความล่าช้าในการเตรียมอุปกรณ์ (10-15 นาที) และการต้องหยิบอุปกรณ์เพิ่ม (ร้อยละ 80) 2) ได้แนวปฏิบัติรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (QR code) 3) หลังใช้แนวปฏิบัติฯ ประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ระยะเวลาเตรียมเครื่องมือลดลงจาก 18.12 เหลือ 11.32 นาที อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยเป็นศูนย์ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean=4.76, S.D.=0.44)

สรุปผลการวิจัย: แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งเสริมความปลอดภัยและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ: ควรนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฐมนิเทศพยาบาลหมุนเวียน และพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน ประจำห้องผ่าตัด

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ, ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง, ห้องผ่าตัด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพิจิตร
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
* Corresponding author E-mail: sawitree@bcnb.ac.th

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

Development of Nursing Practice Guidelines for Craniotomy in Patients with Intracerebral Hemorrhage in the Operating Room of a Tertiary Hospital

Nongyao Thiangthong, B.N.S.[1]
Yupaporn Phunuch, B.N.S.[1]
Sawitree Limkamontip, M.N.S.[2*]

Abstract

Introduction: Craniotomy in patients with intracranial hemorrhage is a complex and high-risk procedure. The operating room of a tertiary care hospital encountered problems with delays and unreadiness in instrument preparation, and still lacked a clearly defined practice guideline.

Research Objectives: To study problems, develop, and test the effectiveness of a nursing practice guideline for craniotomy preparation in patients with intracranial hemorrhage in the operating room of a tertiary care hospital.

Research Methodology: This research and development study was divided into three phases. The sample in the testing phase consisted of 50 patients (25 in the control group and 25 in the experimental group) and 25 operating room nurses. Research instruments consisted of the practice guideline, an efficiency assessment form, and a satisfaction assessment form, all of which were validated for content validity (IOC = 0.67–1.00). Data were analyzed using descriptive statistics and compared using Chi-square test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Results: 1) The main problems were delays in instrument preparation (10–15 minutes) and the need to retrieve additional instruments (80%). 2) An electronic practice guideline in QR code format was developed. 3) After implementing the guideline, preparation efficiency increased significantly ($p < 0.01$), instrument preparation time decreased from 18.12 to 11.32 minutes, safety incidents were reduced to zero, and nurses reported the highest level of satisfaction with the guideline (Mean = 4.76, S.D. = 0.44).

Conclusion: The developed practice guideline significantly improved efficiency and reduced instrument preparation time, promoting safety and standardization.

Implications: The guideline should be incorporated into orientation programs for rotating nurses and developed as a standard operating procedure for the operating room.

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Craniotomy, Intracerebral Hemorrhage Patients, Operating Room

[1] Registered Nurse, Professional Level, Operating Room Nursing Department, Phichit Hospital
[2] Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[*] Corresponding author E-mail: sawitree@bcnb.ac.th

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ประเทศไทยพบว่าตั้งแต่ปี 2560-2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 52.23 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเขตสุขภาพที่ 3 มีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปสูงสุด คือ 398.44 ต่อแสนประชากร[2] ซึ่งการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เป็นการผ่าตัดสมองโดยผ่าตัดเปิดชั้นหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเยื่อหุ้มสมอง เพื่อรักษาความผิดปกติของสมอง และหลอดเลือดในสมอง เช่น เนื้องอกในสมอง หลอดเลือดโป่งพอง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง และเลือดออกในสมอง[3] ซึ่งเป็นหัตถการผ่าตัดที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์ การประสานงานกับทีมแพทย์ และการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะผ่าตัด การเตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการผ่าตัดและความปลอดภัยของผู้ป่วย

วงจร PDSA (Plan, Do, Study, Act) เป็นวงจรคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Deming เพื่อใช้เป็นกระบวนการปรับปรุงและติดตามการควบคุมคุณภาพของการทำงาน เป็นเครื่องมือ 4 ขั้นตอนประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบผลจากการลงมือปฏิบัติ (Study) และ การตัดสินใจว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไขสิ่งใดเพิ่มเติม (Act) เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุง[4] การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ซึ่งการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และเวชภัณฑ์ต่างๆ ในการผ่าตัดเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้ดำเนินการผ่าตัดอย่างราบรื่น ลดระยะเวลาในการรอคอยเครื่องมือ ทำให้ผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว[3]

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S ขนาด 400 เตียง มีการให้บริการผ่าตัดโรคที่มีความซับซ้อนเป็นจำนวนมาก โดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เป็นการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นทุกปี[4] สถิติผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในสมองของโรงพยาบาลแห่งนี้ ปี 2565, 2566 และ ปี 2567 จำนวน 573, 633, และ 650 ตามลำดับ[5-7] จากรายงานสถิติการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะปี 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 124, 162 และ 183 ครั้ง ตามลำดับ[8-10] และพบว่าปี 2563 มีการรายงานอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดข้าง จำนวน 1 ครั้ง[11] และจากการสังเกตและการสนทนากลุ่มพยาบาลส่งเครื่องมือในห้องผ่าตัดพบว่ามีความล่าช้าในการจัดเตรียมอุปกรณ์ซึ่งต้องใช้เวลานาน 10-15 นาที และมีอัตราความไม่พร้อมของเครื่องมือ ต้องจัดหาเพิ่มเติมระหว่างการผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 80 และการหมุนเวียนของพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญและประสบการณ์ที่แตกต่างกันเข้ามาปฏิบัติงานในแต่ละเวร (ทั้งในและนอกเวลาราชการ) นอกจากนี้ยังไม่มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดในกลุ่มโรคนี้อย่างชัดเจน จึงส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนและขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ลดจำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่มระหว่างผ่าตัด ลดระยะเวลาที่ใช้ในการเตรียมเครื่องมือ ประเมินและจัดการข้อมูลผู้ป่วยได้ครบถ้วน จัดท่าเพื่อการผ่าตัดที่ถูกต้อง รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดพลาดที่อาจส่งผลต่อการผ่าตัดและการฟื้นตัวของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการผ่าตัดเกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อโรงพยาบาลต่อไป

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ ต่อประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและ ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือของพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ ครั้งนี้ มีการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจากบุคลากร ร่วมกับเอกสารงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ในส่วนกระบวนการ (Process) ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมิง (PDSA) มาเป็นกรอบในการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน[4] ดังนี้

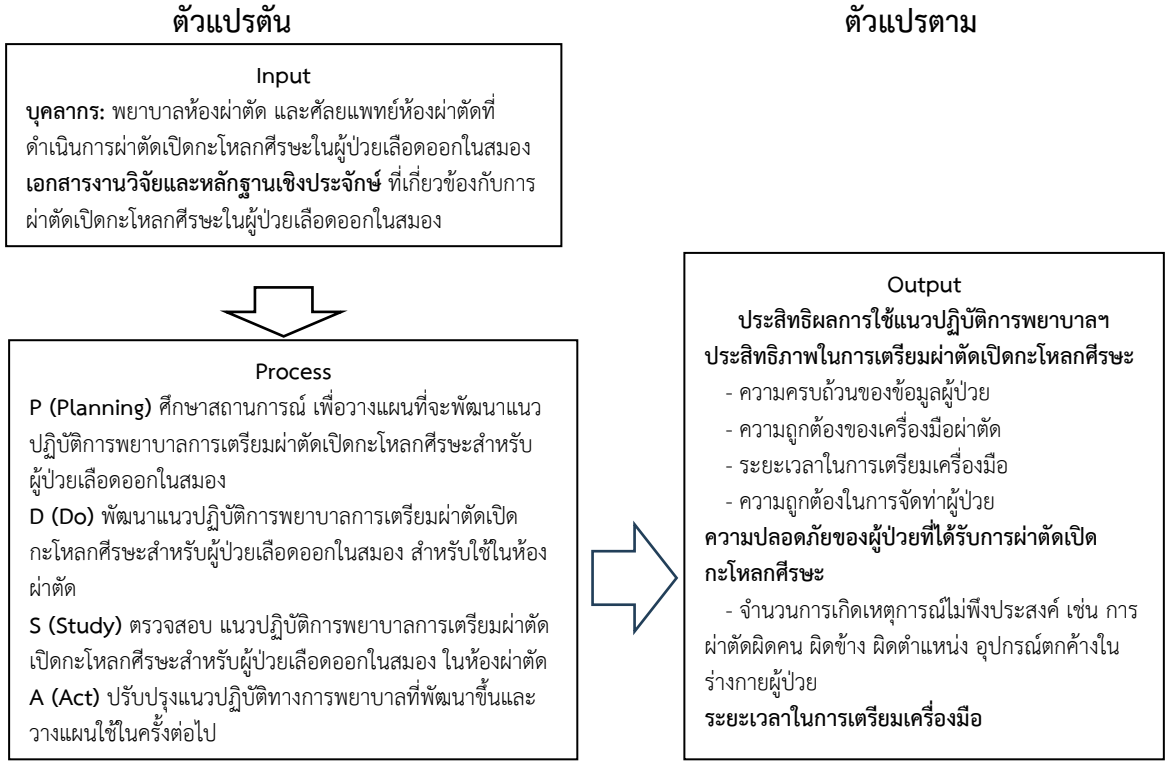
P (Planning) การศึกษาสถานการณ์ เพื่อวางแผนที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

D (Do) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ สำหรับใช้ในห้องผ่าตัด

S (Study) ขั้นตอนการตรวจสอบ หลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้

A (Act) ขั้นตอนการนำผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติฯ มาทบทวนและวางแผนปรับปรุง

จากนั้นจึงดำเนินการวัดผลลัพธ์ (Output) คือประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ประกอบด้วย ประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ของพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 -31 เมษายน 2568 ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน 2 คน วิสัญญีแพทย์ จำนวน 5 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 22 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 35 คน รวม 64 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน 1 คน วิสัญญีแพทย์ จำนวน 1 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 4 คน รวม 7 คน[12]

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- ศัลยแพทย์ระบบประสาท วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หรือพยาบาลประจำห้องผ่าตัด
- มีประสบการณ์การเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองอย่างน้อย 2 ปี
- ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus group) ได้จนจบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ผู้วิจัยได้จัดทำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญด้านการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง 3 ท่านคือ ศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด 2 คน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) มีค่า 0.67 – 1.00

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม มีการกำหนดวัน เวลา สถานที่
2. ชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตในการบันทึกเทปขณะดำเนินการสัมภาษณ์สนทนากลุ่มโดยจะไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วม หลังจากนั้นกำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่มตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาการเตรียมผู้รับบริการในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง โดยมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนามีโอกาสในการอภิปรายเท่าๆ กัน
3. หลังดำเนินการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม มีการแจ้งเพื่อขอนัดสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป
4. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากนั้นนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ และนำเสนอในรูปแบบของการบรรยาย

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

กลุ่มตัวอย่าง เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. งานวิจัยและวรรณกรรมที่จะถูกคัดเลือกเพื่อนำมาทบทวน ต้องมีคุณสมบัติตามหลัก PICOTS ดังต่อไปนี้ กลุ่มประชากรเป้าหมายและปัญหาหลัก (Population) ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง (Intracranial hemorrhage) และการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) ในงานศัลยกรรมประสาท ส่วนสิ่งที่จะนำมาประยุกต์ใช้ (Intervention) จะมุ่งเน้นการค้นหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical practice guideline) และการเตรียมความพร้อมการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative preparation) ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมอาจมีการเปรียบเทียบ (Comparator) กับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม (Standard care) เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ (Outcomes) ที่มุ่งเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการลดภาวะแทรกซ้อน โดยตีกรอบระยะเวลา (Time frame) ให้อยู่ในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด (Preoperative period) ภายใต้บริบทและรูปแบบการศึกษา (Setting/Type of study) ที่เกี่ยวข้องกับระบบงานในห้องผ่าตัด (Operating room) และการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)

2. เอกสารงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ พรรณนา กึ่งทดลอง หรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

3. ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย

2. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

3. ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน 1 คน และพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือทั้ง 3 ชนิด โดยแบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (Data extraction form) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 สำหรับร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง เท่ากับ 0.67

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลของระยะที่ 1 มาเป็นพื้นฐานในการวางแผนศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

2. ศึกษาเอกสารงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกโดยสำรวจรายชื่อวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น เช่น แนวปฏิบัติ, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ, ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง, Protocol, Craniotomy, Intracerebral hemorrhage patients แล้วใช้คำเชื่อม และ/หรือ โดยสืบค้นทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้แก่ CINHAL, Pubmed, Scopus, Google Scholar และThaiJo และการสืบค้นด้วยมือ โดยการสำรวจวารสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองและจากการค้นด้วยมือ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

จากห้องสมุด นอกจากนี้ศึกษาความเป็นไปได้ของร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ที่สร้างไปใช้ในบริบทของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ

3. สร้างร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ประกอบด้วย 1) การเตรียมเครื่องมือ 2) การเตรียมผู้ป่วย 3) การตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด 4) การพยาบาลขณะผ่าตัด และ 5) การพยาบาลเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดและส่งต่อผู้ป่วย

4. ประชาพิจารณ์ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาท และพยาบาลห้องผ่าตัด ในประเด็น ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติฯ การนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริง และแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

5. ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่เป็นศัลยแพทย์ระบบประสาทและพยาบาลห้องผ่าตัด ว่าเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ต้องการ

6. ปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองโดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

การศึกษาในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (two group pretest–posttest design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทุกคนที่มีภาวะเลือดออกในสมอง และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ Craniotomy โรงพยาบาลตติยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 พฤศจิกายน 2568 และพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t-test และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ 0.80 อำนาจทดสอบ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ ปานทิพย์ พงษ์พัฒนะ และคณะ[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการทดลอง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 คน เป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชาย และหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเลือดออกในสมอง และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ แบบ Craniotomy ที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว

2. มีการวางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดล่วงหน้า และการผ่าตัดฉุกเฉิน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

3. ผู้ป่วยที่มีคะแนน Glasgow Coma Score 3-15

4. ผู้ป่วย หรือญาติ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว) สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีการระงับ หรือยกเลิกทำให้ไม่สามารถดำเนินการผ่าตัดได้อย่างสมบูรณ์

2. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเข้ารับการผ่าตัด

2. พยาบาลห้องผ่าตัด ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t-test กำหนดขนาดอิทธิพล 0.50 อำนาจทดสอบ 0.75 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับปานทิพย์ พงษ์พัฒนะ และคณะ[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการทดลอง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดมีจำนวน 25 คน เพื่อให้สัมพันธ์จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล

2. ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเครื่องมือในห้องผ่าตัด

3. มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถเข้าถึงคู่มือเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองแบบออนไลน์ได้ เช่น มือถือ แท็บเล็ต

4. มีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ อินเตอร์เน็ต และอุปกรณ์ออนไลน์ได้

5. สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนครบขั้นตอน

2. การผ่าตัดมีการระงับ หรือยกเลิกทำให้ไม่สามารถดำเนินการผ่าตัดได้อย่างสมบูรณ์

3. มีความประสงค์ออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการผ่าตัด

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) การเตรียมเครื่องมือ 2) การเตรียมผู้ป่วย 3) การตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด 4) การพยาบาลขณะผ่าตัด และ 5) การพยาบาลเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดและส่งต่อผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบตัวเลือกถูก-ผิด ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือผ่าตัด และแบบนับจำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่ม แบบบันทึกระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ และแบบเช็คลิสต์ถูก-ผิด ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วย และการจัดท่าผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเช็คลิสต์ถูก-ผิด ได้แก่ จำนวนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง อุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert scale) กำหนด 1 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด – 5 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้[14]

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ Craniotomy 2 ท่าน และแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ Craniotomy 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา โดยแบบประเมินประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง และ แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 1.00 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.67

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อหัวหน้าห้องผ่าตัด เพื่อเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 50 คน และพยาบาล จำนวน 25 คน โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองไปยังพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน

2. กลุ่มควบคุม ดำเนินการหลังพยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participatory observation) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองโดยใช้ 1) แบบประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง และ 2) แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง เพื่อเก็บข้อมูลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

3. หลังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมครบ 25 คนแล้ว ผู้วิจัยจะให้ QR code และ/หรือ link แนวปฏิบัติการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าใช้แนวปฏิบัติการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง และช่วงเวลา

4. กลุ่มทดลอง ดำเนินการหลังผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหรือญาติกลุ่มทดลองเซ็นยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าการผ่าตัดด้วย โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างใช้แนวปฏิบัติการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ผ่าน QR code และ/หรือ link ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดได้ โดยผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participatory observation) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองโดยใช้ 1) แบบประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง และ 2) แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง เพื่อเก็บข้อมูลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

5. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดที่ผ่านการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองแล้ว ผู้วิจัยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมผ่าตัดผ่านระบบ google form

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ หนังสืออนุญาตเลขที่ REC No.0266/2568 รับรองวันที่ 19 มีนาคม 2568 และการดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และวิธีการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามความเข้าใจได้ตลอดเวลา มีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการตรวจรักษา หรือการปฏิบัติงานเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (Categorical data) แสดงค่าสถิติเป็นความถี่และค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ก่อนการทดลองแสดงค่าสถิติเป็นค่ามัธยฐาน (Median) และ ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (IQR) เนื่องจากข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบ Normal distribution และใช้สถิติ Chi-square test และ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติฯ ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดวิเคราะห์ตามประสบการณ์การปฏิบัติงานใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังทดลอง พบข้อมูลที่ไม่มีการกระจายตัวแบบ Normal distribution จึงใช้สถิติแบบ Non Parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน และหลังทดลองใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย

1. ศึกษาปัญหาการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองห้องผ่าตัด พบว่า การทำงานห้องผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมองของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ มีการหมุนเวียนพยาบาลเข้ามาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งพยาบาลแต่ละคนมีประสบการณ์ ความชำนาญและความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน ทำให้การเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และมีการหยิบอุปกรณ์เพิ่มขณะทำการผ่าตัด ประมาณ ร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ นอกจากนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่ชัดเจนในการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ ได้จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ประกอบด้วย Flow chart ปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะระยะผ่าตัด บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วย การพยาบาลขณะผ่าตัด การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

จากการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และการทำความสะอาดดูแลรักษาชุด Motor Neuro โดยจัดทำเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์และสามารถเข้าถึงได้ผ่าน QR code และ/หรือ link

3. ทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					0.571[a]
ชาย	13	52.00	15	60.00	
หญิง	12	48.00	10	40.00	
2. อายุ (Median, IQR)	54.00(12.00)		58.00(10.00)		0.214[b]
30 – 39 ปี	3	12.00	2	8.00	
40 – 59 ปี	12	48.00	10	40.00	
60 ปีขึ้นไป	10	40.00	13	52.00	
3. GCS (Median, IQR)	7.00(4.00)		6.00(3.00)		0.165[b]
3 – 8	15	60.00	18	72.00	
9 – 12	8	32.00	5	20.00	
13 – 15	2	8.00	2	8.00	

[a] Chi-square test, [b] Mann-Whitney U test, $p < 0.05$

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.00 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุ อยู่ในช่วง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.00 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.00 ค่าคะแนน Glasgow Coma Score ก่อนผ่าตัด ของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในช่วง 3 – 8 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square test และ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ด้าน	ประสิทธิภาพ			
	ก่อนทดลอง (n=25)		หลังทดลอง (n=25)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วย	0.99	0.04	1.00	0.00
ความถูกต้องของเครื่องมือผ่าตัด	0.55	0.32	0.96	0.11
ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ	18.12	3.48	11.32	2.19
ความถูกต้องในการจัดท่าผู้ป่วย	0.84	0.37	1.00	0.00
ภาพรวม (ไม่รวมระยะเวลา)	0.79	0.18	0.99	0.04

หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองในภาพรวม (Mean = 0.99, S.D. = 0.04) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ (Mean = 0.79, S.D. = 0.18) โดยเฉพาะด้านความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วย และความถูกต้องในการจัดท่าผู้ป่วย (Mean = 1.00, S.D. = 0.00) นอกจากนี้หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเวลาที่ใช้ในการเตรียมเครื่องมือเฉลี่ย 11.32 นาที (S.D. = 2.19) ซึ่งน้อยกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติที่ใช้เวลาในการเตรียมเครื่องมือ 18.12 นาที (S.D. = 3.48)

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

สำหรับค่าเฉลี่ยความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่าทั้งก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ค่าเฉลี่ยความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองเท่ากันคือ 0.00 (S.D. = 0.00)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผล ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Median	IQR	Z	p-value (2-tailed)
ประสิทธิภาพ	ก่อน	11	2.75	-3.84	0.00
	หลัง	13	0		
ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ	ก่อน	20	5	-4.14	0.00
	หลัง	10	2		
ความปลอดภัย	ก่อน	0	0	0.00	1.00
	หลัง	0	0		

ประสิทธิภาพในการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 (Z = -3.84) และระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 (Z = -4.14) แต่ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผล ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามประสบการณ์การปฏิบัติงาน

ตัวแปร	ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	จำนวน	ระยะการทดลอง	Median	IQR	Z	P-Value
ประสิทธิภาพ	1 – 5	16	ก่อน	10	2.00	-3.449	0.001
			หลัง	13	0.00		
	6 – 15	6	ก่อน	13	1.50		
			หลัง	13	0.00		
	> 15	3	ก่อน	13	0.50		
			หลัง	13	0.00		
ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือ	1 – 5	16	ก่อน	20	5.00	3.320	0.001
			หลัง	10	2.00		
	6 – 15	6	ก่อน	15	0.00		
			หลัง	11	4.25		
	> 15	3	ก่อน	20	0.00		
			หลัง	10	0.00		
ความปลอดภัย	1 – 5	16	ก่อน	0	0.00		
			หลัง	0	0.00		
	6 – 15	6	ก่อน	0	0.00		
			หลัง	0	0.00		
	> 15	3	ก่อน	0	0.00		
			หลัง	0	0.00		

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

กลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดอายุงาน 1 - 5 ปี จำนวน 16 คน มีคะแนนประสิทธิภาพก่อนการทดลองอยู่ที่ระดับมัธยฐาน 10.00 คะแนน (IQR = 2.00) และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนเพิ่มขึ้นไปอยู่ที่ระดับสูงสุดคือ 13.00 คะแนน (IQR = 0.00) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.449, p = .001) กลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดอายุงาน 6 - 15 ปี และอายุงานมากกว่า 15 ปี มีคะแนนประสิทธิภาพก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง มัธยฐาน 13.00 คะแนน และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ คะแนนมัธยฐานยังคงรักษาไว้ที่ 13.00 คะแนนเท่าเดิม โดยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ไม่มีความแตกต่างอย่าง

สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการเตรียมเครื่องมือกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดอายุงาน 1 - 5 ปี ใช้ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือก่อนการทดลองอยู่ที่ระดับมัธยฐาน 20.00 นาที (IQR = 5.00) และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถลดระยะเวลาลงเหลือเพียงมัธยฐาน 10.00 นาที (IQR = 2.00) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.320, p = .001) สำหรับกลุ่มพยาบาล อายุงาน 6 - 15 ปี และอายุงานมากกว่า 15 ปี พบว่ามีแนวโน้มของระยะเวลาที่ใช้ลดลงเช่นเดียวกัน โดยกลุ่มระดับกลางลดลงจากมัธยฐาน 15.00 นาที เป็น 11.00 นาที และกลุ่มระดับเชี่ยวชาญลดลงจากมัธยฐาน 20.00 นาที เป็น 10.00 นาที แต่ไม่มีความแตกต่างกัน และระดับประสบการณ์การทำงานที่ต่างกันของพยาบาล ไม่มีผลทำให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกัน

4. ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.44) โดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ใช้งานสะดวก (Mean = 4.80, S.D. = 0.41) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ช่วยท่านในการวางแผนให้การพยาบาลหลังผ่าตัดได้ (Mean = 4.60, S.D. = 0.50)

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประสิทธิภาพในภาพรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 (Mean = 0.99, S.D. = 0.04) สามารถลดระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือลงเหลือเฉลี่ย 11.32 นาที ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่พัฒนาขึ้นช่วยแก้ปัญหาความแตกต่างของประสบการณ์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน ทำให้มีแนวในการปฏิบัติที่หลากหลาย เมื่อใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้แนวทางในการจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัด วางแผนให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วย ทำให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติงานในมาตรฐานเดียวกัน เกิดความมั่นใจในการเตรียมเครื่องมือและให้การพยาบาลผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง จากผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ระยะเวลา และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยลดช่องว่างทางประสบการณ์และยกระดับสมรรถนะของพยาบาลรุ่นใหม่ โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในสมอง และลดระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี สอดคล้องกับ Pongpattana และคณะ[13] ที่พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติและคู่มือการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมประสาทที่หมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจและประเมินปัญหาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ส่งผลให้สามารถป้องกันความเสี่ยงสำคัญในผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเตรียมผู้ป่วยให้ถูกต้องทั้งตัวบุคคล ข้างและตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด นอกจากนี้ Khamphira[15] กล่าวว่า การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นระบบและระเบียบตามแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่ต้องหยิบเครื่องมือเพิ่มและช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัด

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value = 1.00) อภิปรายได้ว่าการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งการผ่าตัดผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง การผ่าตัดผิดตำแหน่ง และอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยถือเป็นความผิดพลาดระดับรุนแรงในห้องผ่าตัด ซึ่งประกาศกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย กำหนดให้สถานพยาบาลต้องมีการดำเนินการ มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยในการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ[16] ดังนั้น การไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ป้องกันได้ถือเป็นมาตรฐานที่ทุกสถานพยาบาลต้องดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ศึกษานี้จึงยืนยันได้ว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นระบบป้องกันความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานช่วยรักษาความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัดและป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด

นอกจากนี้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.44) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีการออกแบบที่ตอบโจทย์ความสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย (Mean = 4.80) ทำให้แก้ปัญหาข้อจำกัดของคู่มือเดิม เมื่อแนวปฏิบัติมีความชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติจริง จึงส่งผลดีใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประสิทธิภาพการทำงาน โดยช่วยระบุขั้นตอนที่ถูกต้อง ลดความซ้ำซ้อนในการหยิบเครื่องมือเพิ่มระหว่างผ่าตัด ทำให้ลดระยะเวลาในการเตรียมเครื่องมือลง 6.8 นาที 2) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยได้ครบถ้วน จัดท่าได้เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การผ่าตัดผิดคนหรือผิดตำแหน่ง และ 3) ด้านจิตวิทยาการทำงาน แนวปฏิบัติทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนการวางแผนการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีเลือดออกในสมองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Issarapan และ Rojcheewin[17] ที่พบว่าการนำแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนและประยุกต์ใช้ได้จริงมาใช้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ในด้านการลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และการเพิ่มความมั่นใจในการวางแผนการพยาบาล ยังสอดคล้องกับ Srisongkram และคณะ[18] ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่เป็นระบบจะช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถคัดกรองและเตรียมความพร้อมได้อย่างถูกต้อง ป้องกันความผิดพลาด และส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพัฒนาบุคลากร: นำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นคู่มือปฐมนิเทศพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลย้ายสายงาน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการเตรียมผ่าตัด

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูล: เพิ่มจุดติด QR Code เพื่อให้สแกนใช้งานได้สะดวกและรวดเร็ว เช่น จุดล้างมือหน้าห้องผ่าตัด

3. ด้านนโยบาย: นำแนวปฏิบัตินี้เป็นมาตรฐานการทำงานประจำห้องผ่าตัด โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลหมุนเวียน เพื่อให้ปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกันและลดความคลาดเคลื่อน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาความคุ้มค่าเปรียบเทียบต้นทุนการใช้วัสดุอุปกรณ์ผ่าตัดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ขององค์กร

2. นำกระบวนการนี้ไปต่อยอดพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับหัตถการศัลยกรรมระบบประสาทที่ซับซ้อนอื่นๆ เช่น การผ่าตัดเนื้องอกในสมอง หรือหลอดเลือดสมองโป่งพอง

3. ทดลองใช้แนวปฏิบัตินี้ในโรงพยาบาลระดับศูนย์หรือทั่วไปแห่งอื่น เพื่อประเมินผลและนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติระดับเขตสุขภาพ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

Reference

1. World Health Organization. World Stroke Day 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 19]. Available from: https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022
2. Tiamkao S. Incidence of stroke in Thailand. Thai Journal of Neurology [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 19];39(2):1-18. Available from: http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf (in Thai)
3. Fernández-de Thomas RJ, Munakomi S, De Jesus O. Craniotomy. [Updated 2023 Aug 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560922/
4. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1986.
5. Medical Record Department, Phichit Hospital. Inpatient statistics of Phichit Hospital 2022. Phichit: Phichit Hospital; 2022. (in Thai)
6. Medical Record Department, Phichit Hospital. Inpatient statistics of Phichit Hospital 2023. Phichit: Phichit Hospital; 2023. (in Thai)
7. Medical Record Department, Phichit Hospital. Inpatient statistics of Phichit Hospital 2024. Phichit: Phichit Hospital; 2024. (in Thai)
8. Operating Room Nursing Department, Phichit Hospital. Craniotomy surgical statistics report 2022. Phichit: Phichit Hospital; 2022. (in Thai)
9. Operating Room Nursing Department, Phichit Hospital. Craniotomy surgical statistics report 2023. Phichit: Phichit Hospital; 2023. (in Thai)
10. Operating Room Nursing Department, Phichit Hospital. Craniotomy surgical statistics report 2024. Phichit: Phichit Hospital; 2024. (in Thai)
11. Risk Management Department, Phichit Hospital. Surgical incident report 2020. Phichit: Phichit Hospital; 2020. (in Thai)
12. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. Soc Sci Med. [Internet]. 2022;292:114523. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621008558
13. Pongpattana P, Suwanmontri P, Jansuk N. The development of operating room nursing competency preparation model for brain surgery patients in Sawanpracharak Hospital. Journal of MCU Nakhondhat [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 19];10:371-385. Available from: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND (in Thai)
14. Thongngamkham R, Buaklom J, Sajjanaraporn T. Development of the elderly preparation model before anesthesia for colonoscopy in a one-day surgery system for anesthesia nurses. NURS HEALTH & PUB J [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 27];2(3):50-65. Available from: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj/article/view/1608 (in Thai)

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

15. Khamphira S. Effects of the development of new cataract surgery equipment preparation on the time required to prepare surgical equipment in the operating room, Nong Bua Lamphu Hospital. J Environ Educ Med Health [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 27];9(1):249-56. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/271771 (in Thai)
16. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient safety goals: SIMPLE. [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 19]. Available from: http://110.77.140.129/msmc/ha/images/detail-1.pdf (in Thai)
17. Issarapan K, Rojcheewin P. Development of a clinical nursing practice guideline for pre-operation in traumatic brain injury patients. J Health Sci Thail [Internet]. 2016 [cited 2026 Feb 27];25(5):823-30. Available from: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/366 (in Thai)
18. Srisongkram B, Piyawatwela T, Khamou S, Kotprathum K, Nomkusol J, Hongwiang S, et al. The effect of developing a nursing care practice guideline for urgent surgery in severe traumatic brain injury. Khon Kaen Prov Health Off [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 27];6(1):e267350. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/267350 (in Thai)