

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

นฤมล วัลลภวรกิจ, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการพัฒนา และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563 ทุกๆรายรวม 60 ราย และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2564 ทุกๆรายรวม 67 ราย การเก็บข้อมูลใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย 6 หัวข้อ และการจัดการภาวะแทรกซ้อน 8 หัวข้อ และพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นนี้ ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การชี้แจงในรายละเอียดและความจำเป็นในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การจัดการภาวะแทรกซ้อน

¹ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

* ผู้เขียนหลัก e-mail: narumoltan@gmail.com

Effects of Clinical Nursing Practice Guidelines for Acute Ischemic Stroke Patients at Prachuap Khiri Khan Hospital

Narumol Wanlopworakit, M.N.S.^{1*}

Abstract

This study aimed to develop clinical nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients and evaluate the effects of using the guidelines. The study was divided into three main phases: 1) situational analysis, 2) development, and 3) evaluation. The developed clinical nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients consisted of 6 patient assessment measures and 8 management complication measures. The data were the medical records of 127 acute ischemic stroke patients: 60 who were admitted to Prachuap Khiri Khan Hospital before implementation of the clinical nursing practice guidelines (October - December 2020) and 67 who were admitted after implementation of the clinical nursing practice guidelines (July - October 2021). The medical records data were analyzed statistically by frequencies, percentages, means and t-tests.

The results showed that, after implementation of the clinical nursing practice guidelines, the average score of the acute ischemic stroke patients' received clinical nursing practices under the new nursing practice guidelines was significantly higher ($p < .05$) than that of the nursing practices for such patients treated prior to the implementation of the guidelines. Patient percentages with improved symptoms and without complications were higher than those before the implementation of the guidelines. Thus these newly-developed clinical nursing practice guidelines for hospitalized acute ischemic stroke patients should be used in the care of such patients. Instruction to clarify guideline details and regarding the necessity of performing each activity completely and continuously will result in better patient outcomes and reduced incidence of complications.

Key words: clinical nursing practice guideline, acute ischemic stroke, complication management

¹ Head Nurse, Prachuapkhirikhan Hospital

* Corresponding author e-mail: narumoltan@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองเนื่องจากเซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตันทำให้สมองขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมองแตกทำให้มีเลือดออกในสมอง หรือเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต (Sacco et al., 2013) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย และในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีประมาณปีละ 30,000 ราย นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย (Department of Disease Control, 2019)

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นช่วงที่พยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลง อาจมีความพิการมากขึ้นหรือถึงขั้นเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ ผลลัพธ์และการพยากรณ์ของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยวิกฤต หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า ไม่ถูกต้องและต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่ออาการของโรค การฟื้นฟูสภาพได้ช้าหรืออาจไม่สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมถึงปัญหาด้านจิตใจเช่น วิตกกังวล เครียด หรือซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคเกือบตลอดเวลาและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (Pitthayapong, 2018) ดังนั้นการให้การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทางระบบประสาทได้เร็ว (Butsing, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guidelines) ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้ตัดสินใจในการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

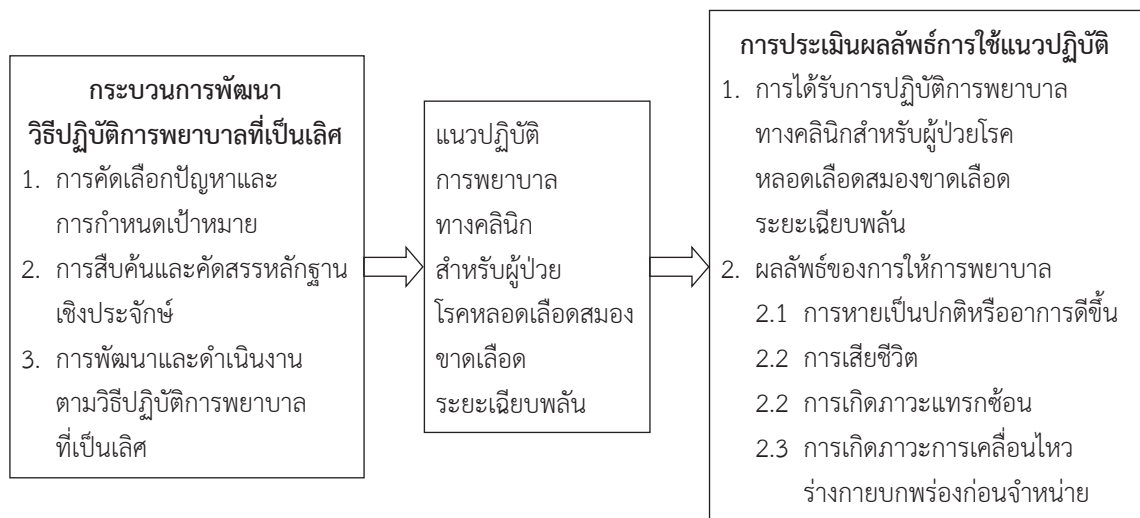
ในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 442 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 305 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โรงพยาบาลได้พัฒนาช่องทางด่วนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโดยการปรับลดขั้นตอนต่าง ๆ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 5 ในปีงบประมาณ 2563 ก็ยังเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.18 ในปีงบประมาณ 2562 เป็นร้อยละ 4.26 และยังพบภาวะแทรกซ้อนในอัตราที่สูง ได้แก่ ติดเชื้อปอดอักเสบ ร้อยละ 15.09 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 10.81 (Prachuapkhirkhan Hospital, 2021) ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันภายใน 72 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเกิดอาการและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Middleton, Grimley, & Alexandrov, 2015) โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีแต่แผนผังการดูแลแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย Stroke unit พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอาศัยองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาอบรม จึงอาจทำให้ปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยไม่ครอบคลุมครบถ้วน หรือไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักงานการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Hareutai & Paisarnpanichakul, 2010) โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทุกรายที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 รวม 60 ราย ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกใช้เวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าพักรักษาในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 รวม 67 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติการจัดการในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปี 2019 ของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Powers et al., 2019) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Butsing, 2019) เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ โรคที่วินิจฉัย วันที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ วันที่จำหน่าย

ส่วนที่ 2 เป็นผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check lists) ของผลการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ 1) หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น 2) เสียชีวิต 3) เกิดภาวะแทรกซ้อน (การติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน) 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน 14 หัวข้อ จำนวน 37 กิจกรรม โดยกำหนดคะแนนการได้รับการปฏิบัติ เป็น 3 ระดับได้แก่ ไม่ได้รับการปฏิบัติ (1 คะแนน) ได้รับการปฏิบัติไม่ครบถ้วน (2 คะแนน) และได้รับการปฏิบัติครบถ้วน (3 คะแนน) กรณีผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการพยาบาล ในข้อใดจะบันทึกเป็นไม่ต้องได้รับการปฏิบัติ ไม่ต้องคิดคะแนน แผลผลระดับการได้รับการปฏิบัติโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.67 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.67 หมายถึง การได้รับการปฏิบัติในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.68 - 2.35 หมายถึง การได้รับการปฏิบัติในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.36 - 3.00 หมายถึง การปฏิบัติในระดับสูง (Katesing, 1995)

แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .99 โดยเนื้อหาข้อคำถาม 36 ข้อมีความตรงในระดับค่อนข้างสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและควรมีการปรับปรุงเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดสอบความเที่ยงโดยพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย Stroke unit จำนวน 3 ท่าน โดยทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในเดือนตุลาคม 2563 จำนวน 10 ราย นำมาตรวจสอบความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติแคปปา (Hallgren, 2012) พบว่ามีข้อคำถามที่ผู้ทดลองเก็บข้อมูลตอบตรงกัน 2 ใน 3 ราย จำนวน 36 ข้อ จึงมีความเที่ยงไม่ต้องวิเคราะห์สถิติแคปปา ส่วนข้อคำถามที่ตอบไม่ตรงกันมีจำนวน 1 ข้อ นำมาวิเคราะห์สถิติแคปปา ได้ค่าเฉลี่ย = 0.4127 ซึ่งเป็นค่าความสอดคล้องระดับปานกลาง จึงสรุปได้ว่าแบบเก็บรวบรวมข้อมูล มีความเที่ยงสามารถนำไปใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ รหัสการรับรอง COE no.002/2564

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ทุกวัน รวม 60 ราย โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรหอผู้ป่วย Stroke unit จำนวน 2 คน แหล่งข้อมูลในเวชระเบียนที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย

บันทึกทางการพยาบาล แบบประเมิน NIHSS แบบบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบฟอร์มปรอท แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลืน แบบประเมินภารกิจประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินสมรรถนะร่างกายแรกรับ ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลเป็นการประเมินสถานะของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้ข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาลและรายงานสรุปการจำหน่ายโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายที่รวบรวมได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย

4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ดำเนินการโดยประยุกต์ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล ดังนี้

1) การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย

การประชุมทีมหออผู้ป่วย Stroke unit เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2564 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 21 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 13 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาผลการประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 60 ราย ที่ดำเนินการในระยะที่ 1 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้รับปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน จึงอาจส่งผลให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ดังข้อมูลในปีงบประมาณ 2563 ที่พบภาวะแทรกซ้อนในอัตราที่สูง ได้แก่ ติดเชื้อปอดอักเสบร้อยละ 15.09 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 10.81 ที่ประชุมจึงเห็นชอบให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นที่ปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างครบถ้วนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหออผู้ป่วย Stroke unit และกำหนดเป้าหมายคือ ลดอัตราการตายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์

แหล่งข้อมูลในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้จากแนวปฏิบัติการจัดการในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันปี 2019 ของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา : ตอนที่ 4 In-hospital management of AIS: General supportive care และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดย นิภาพร บุตรสิงห์ แหล่งข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมีการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เช่นงานวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงได้ใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 14 กิจกรรม 37 ข้อ ในขั้นตอนการจัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยในครั้งนี้

3) การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

จากปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 14 กิจกรรม 37 ข้อ ในแบบเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยซึ่งเนื้อหาได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ ที่ประชุมทีมหออผู้ป่วย Stroke unit เห็นชอบให้นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในหออผู้ป่วย Stroke unit ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา

4.3 ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

หลังจากการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้ประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เข้าพักรักษาตัวในหออผู้ป่วย Stroke unit ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 ทุกสาย รวม 67 ราย โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลดำเนินการเช่นเดียวกับ

ในระยะที่ 1

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยสถิติ independent t-test

5.3 วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันด้วยสถิติ ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นที่ปฏิบัติการพยาบาล 14 หัวข้อที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างครบถ้วนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit สำคัญประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 6 หัวข้อ และการจัดการภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีโอกาสดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 8 หัวข้อ เนื้อหาโดยสรุปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

กิจกรรม	ปฏิบัติการพยาบาล
การประเมินผู้ป่วย	
การหายใจและ oxygen saturation	ประเมิน ทุก 2-4 ชั่วโมงเป็นเวลา 48 ชั่วโมง
ความดันโลหิต	ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยได้รับยา IV rt-PA ประเมินทุก 15 นาที เมื่อเริ่มให้ยาใน 2 ชั่วโมงแรก
อุณหภูมิร่างกาย	เฝ้าระวังทุก 4 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรก
ระดับน้ำตาลในเลือด	เจาะเลือดจากปลายนิ้ววันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 72 ชั่วโมง
การกลืนอาหาร	ประเมินการกลืน ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา
การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท	ประเมินโดยใช้ NIHSS เมื่อแรกรับและวันละครั้ง
การจัดการภาวะแทรกซ้อน	
ภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง	การปรับระดับเตียงจัดท่านอนให้ผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
ภาวะติดเชื้อปอดอักเสบ	การดูแลความสะอาดในช่องปาก เฝ้าระวังภาวะหายใจเร็ว ภาวะพร่องออกซิเจน ฟังเสียงปอด อุณหภูมิร่างกาย
การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะผิดปกติ	การประเมินและกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ การจำกัดน้ำดื่มในช่วงเย็น การประเมินการถ่ายอุจจาระ
ภาวะขาดน้ำ	การประเมินความยืดหยุ่นของผิวหนัง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ

กิจกรรม	ปฏิบัติการพยาบาล
ภาวะขาดสารอาหาร	ประเมินภาวะขาดสารอาหารเมื่อแรกรับและทุกสัปดาห์ ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้าม
การสูญเสียการเคลื่อนไหว	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยเร็วภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะสมองขาดเลือด
ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน	ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย
ภาวะซึมเศร้า	ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในระยะ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีจำนวน 60 ราย อายุเฉลี่ย 62.1 ปี และส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 26.7 โรคที่วินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น Cerebral infarction, unspecified ร้อยละ 61.7 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน ส่วนผู้ป่วยที่ศึกษาในระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนผู้ป่วย 67 ราย อายุเฉลี่ย 64.5 ปี ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 28.4 โรคที่วินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น Cerebral infarction, unspecified ร้อยละ 92.5 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.2 วัน

2.2 การได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

พบว่า จากปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันควรจะได้รับทั้งหมด จำนวน 37 กิจกรรม ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้รับการปฏิบัติในระดับสูง 28 กิจกรรม ระดับปานกลาง 4 กิจกรรม และระดับต่ำ 5 กิจกรรม หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้รับการปฏิบัติในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 36 กิจกรรม และระดับปานกลาง 1 กิจกรรม เมื่อพิจารณาคะแนนการได้รับการปฏิบัติโดยรวม 37 กิจกรรม พบว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 2.67 คะแนน และอยู่ในระดับสูง หลังพัฒนาแนวปฏิบัติคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.96 คะแนนและอยู่ในระดับสูง รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ปฏิบัติการพยาบาล	คะแนนการได้รับการปฏิบัติ					
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
1. การประเมินทางระบบประสาท	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
2. การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP)	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
3. การบันทึกอาการ IICP	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง

ปฏิบัติการพยาบาล	คะแนนการได้รับการปฏิบัติ					
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
4. การรายงานแพทย์ทันทีโดย early signs ของ IICP	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
5. การประเมินระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
6. การเฝ้าระวังความดันโลหิตในผู้ป่วยได้รับ IV rt-PA	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
7. การพยาบาลเมื่อระดับความดันโลหิตไม่เหมาะสม	2.90	.308	สูง	3.00	.000	สูง
8. การเฝ้าระวังและบันทึกอุณหภูมิกาย	3.00	.000	สูง	2.91	.288	สูง
9. การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด	2.67	.542	สูง	3.00	.000	สูง
10. การสังเกตภาวะ hyper/hypoglycemia	2.51	.796	สูง	2.99	.122	สูง
11. การหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ทางหลอดเลือดดำ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
12. การประเมินและวัดระดับ oxygen saturation	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
13. การดูแลทางเดินหายใจและการหายใจ	2.97	.258	สูง	3.00	.000	สูง
14. การไม่ให้หรือให้ออกซิเจนตามภาวะผู้ป่วย	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
15. การจัดทำให้อุปกรณ์นอนตามสภาวะของโรค	2.67	.816	สูง	3.00	.000	สูง
16. การระวังไม่ให้ศีรษะล้มคอและสะโพกพับงอ	2.93	.378	สูง	2.97	.244	สูง
17. การประเมินภาวะขาดน้ำ ปริมาณน้ำ และความถ่วงจำเพาะปัสสาวะ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
18. การดูแลการให้อุปกรณ์ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
19. การดูแลให้อุปกรณ์ได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุด	3.00	.000	สูง	2.97	.244	สูง
20. การให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยที่มีปัญหา ในการกลืน	3.00	.000	สูง	2.97	.244	สูง
21. การดูแลให้ได้รับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	1.19	.602	ต่ำ	2.00	1.414	ปานกลาง
22. การดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วย	2.38	.904	ปานกลาง	3.00	.000	สูง
23. การประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
24. การประเมินการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ และความสามารถในการถ่ายปัสสาวะ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
25. การกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ	1.50	1.000	ต่ำ	2.81	.397	สูง
26. การกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ	2.00	1.414	ปานกลาง	2.79	.412	สูง
27. การจำกัดน้ำดื่มในช่วงเย็น	3.00	.000	สูง	2.95	.210	สูง
28. การประเมินการทำงานของลำไส้ใหญ่	2.65	.709	สูง	2.97	.171	สูง
29. การประเมินภาวะอุจจาระอุดตัน	2.03	.909	ปานกลาง	2.96	.272	สูง
30. การให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระให้อุปกรณ์ถ้าจำเป็น	1.87	.871	ปานกลาง	2.97	.244	สูง
31. การส่งเสริมให้อุปกรณ์เคลื่อนไหว	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
32. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภายหลังจากเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง	2.63	.780	สูง	3.00	.000	สูง
33. การพิจารณาโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน	1.03	.258	ต่ำ	2.87	.489	สูง

ปฏิบัติการพยาบาล	คะแนนการได้รับการปฏิบัติ					
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
34. การใช้อุปกรณ์วัดขาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันและไม่มีข้อห้ามใด ๆ	1.00	.000	ต่ำ	2.49	.877	สูง
35. การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
36. การปรึกษาจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า	1.25	.500	ต่ำ	NA*		-
37. การจัดโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียด	1.00	.000	ต่ำ	NA*		-
การปฏิบัติโดยรวม 37 กิจกรรม	2.67	.019	สูง	2.96	.008	สูง

*NA ไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติโดยรวม 37 กิจกรรม ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

คะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติโดยรวม	n	\bar{x}	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	60	2.675	.019	-13.892	<.01
หลังใช้แนวปฏิบัติ	67	2.963	.008		

3. ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่ายสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติและไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือขอไปรักษาที่อื่น ในส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในส่วนของความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่ายของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลการรักษา				
ดีขึ้น	56	93.3	67	100
เสียชีวิต	2	3.3	0	0
ขอไปรักษาที่อื่น	2	3.3	0	0
รวม	60	100	67	100

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดภาวะแทรกซ้อน				
ไม่พบ	51	85.0	64	95.5
ติดเชื้อปอดอักเสบ	5	8.3	1	1.5
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	2	3.3	1	1.5
ติดเชื้อปอดอักเสบและทางเดินปัสสาวะ	2	3.3	0	0.0
เกิดแผลกดทับ	0	0	1	1.5
รวม	60	100	67	100
ความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย				
ไม่ผิดปกติ	28	48.3	19	28.4
Left hemiplegia	14	24.1	18	26.9
Right hemiplegia	13	22.4	28	41.8
Quadri Hemiplegia	2	3.4	2	3.0
Paraplegia	1	1.7	0	0.0
รวม	58	100	67	100

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในงานวิจัยนี้ ที่มุ่งเน้นปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันควรได้รับอย่างครบถ้วนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit และการดำเนินการที่ได้มีการทบทวนข้อมูลแนวทางของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกาและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของ นิภาพร บุตรสิงห์ ซึ่งแหล่งข้อมูลทั้ง 2 แหล่งมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์มาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีการควบคุมระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้งานวิจัยนี้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 14 หัวข้อซึ่งได้รับการยอมรับจากทีมพยาบาลหอผู้ป่วย Stroke unit ในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คณะแผนกเลี้ยวการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยรวมมีค่าสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาจากปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 16 กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงขึ้นจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งทั้งหมดเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิต เช่น การจัดการความดันโลหิตให้เหมาะสมเพื่อควบคุมค่า Mean Arterial Pressure และ Cerebral Perfusion การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีการพยากรณ์โรคที่แย่มากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดที่ระดับปกติ การจัดทำให้อาหารหรือนอนหงายศีรษะสูง 30 องศาตามสภาวะของโรค เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น การดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความอยากรับประทานอาหารและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ปอด การกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเนื่องจากการมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดิน

ปัสสาวะ ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลงได้ และการพิจารณาโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำอุดตันเนื่องจากผู้ป่วยที่สูญเสียการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันได้ (Green et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัย พบว่า มีพฤติกรรมการพยาบาลจำนวน 3 กิจกรรม ที่มีค่าเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติลดลงเล็กน้อยแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การเฝ้าระวังและบันทึกอุณหภูมิกายผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา และการจำกัดน้ำดื่มในช่วงเวลาเย็น ซึ่งมีค่าเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติ เท่ากับ 2.91 , 2.97 และ 2.95 คะแนน ตามลำดับ จากการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม พบว่ามีสาเหตุจากผู้ป่วยบางรายมีไข้แต่ไม่พบพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อลดไข้ในผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ 1 ราย ไม่พบการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารโดยเร็วที่สุด และมีผู้ป่วย 2 ราย ที่บันทึกทางการพยาบาลไม่พบกิจกรรมการจำกัดน้ำดื่มในช่วงเวลาเย็น ซึ่งผู้วิจัยจะได้ชี้แจงทำความเข้าใจกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ ถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับพฤติกรรมการพยาบาลทั้ง 3 กิจกรรมให้ครบถ้วนต่อเนื่องยิ่งขึ้นต่อไป

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่มุ่งเน้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการจัดการภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีโอกาสดังกล่าวในผู้ป่วย ส่งผลดีต่อผู้ป่วยกล่าวคือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยที่ติดเชื้อปอดอักเสบและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Puangchan and Jinawin (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ และผลการศึกษาของ Phongsas (2020) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

อย่างไรก็ตามในส่วนความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นจะกำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งหรือลงจากเตียงเมื่ออาการทางระบบประสาทและระบบ hemodynamic คงที่แล้ว รวมถึงให้มีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการวิจัยก็พบว่าทั้ง 2 กิจกรรมมีการปฏิบัติในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลที่พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจมีสาเหตุโดยตรงจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยในช่วงเวลาหลังการใช้แนวปฏิบัติมีความรุนแรงกว่าผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาล 14 หัวข้อ 37 กิจกรรม และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การชี้แจงในรายละเอียดและความจำเป็นในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

References

Butsing, N. (2019). Caring process for acute stroke patients, *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(3), 15-29. (in Thai)

- Department of Disease Control. (2019). *Campaign for world stroke day 2019 to raise people's awareness of stroke warning signs reduce the risk of paralysis*. Retrieved from <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619>. (in Thai)
- Hallgren, K. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol*, 8(1), 1-21. doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023
- Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. L., Perrin, S.,...Summers, D. V. (2021). Care of the patient with acute ischemic stroke (posthyperacute and prehospital discharge): Update to 2009 comprehensive nursing care scientific statement. *Stroke*, 52(5), e179-e197. doi: 10.1161/STR.0000000000000357
- Hareutai, C., & Paisarnpanichakul, A. (2010). *Criteria for nursing performance excellence*. Nonthaburi: Office of Nursing Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Katesing, W. (1995). Mean and interpretation. *Educational Research News*, 18(3), 8-11. (in Thai)
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A. W. (2015). Triage, treatment, and transfer evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, 46(2), e18-e25. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.114.006139>.
- Phongsas, Y. (2020). Results of the development of model for stroke patients care Sirindhorn hospital, Khon Kaen province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(2), 140-53. (in Thai)
- Pitthayapong, S. (2018). Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 11(2), 26-39. (in Thai)
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K.,...David, L. T. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344-e418. doi.org/10.1161/STR.0000000000000211.
- Prachuapkhirikhan hospital. (2021). *Clinical tracer, clinical quality summary, driver diagram of stroke*. Prachuapkhirikhan: Prachuapkhirikhan hospital. (in Thai)
- Puangchan, K., & Jinawin, S. (2020). Effects of using a nursing practice guidelines for the care of acute thrombotic or ischemic stroke patients, Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 8(2), 1-17. (in Thai)
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A.,... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca