

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองแตก หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า**
Development of Nursing Practice guidelines with Mechanically Ventilator
in Hemorrhagic stroke Patients in Neurosurgical Intensive Care Unit, Phrapokklao Hospital

วรรณชนานันท์ คุณาศักดิ์, พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

จิราภรณ์ วันทยา, พย.บ.

พรชนก นาคสกุล, พย.บ.

พิมพ์พิชชา เทียนน้อย, พย.บ.

เสาวภาคย์ ทับจันทร์, พย.บ.

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาตามแนวคิดที่เสนอโดยสภาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลียกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท จำนวน 13 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 30 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และได้คะแนนประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II ร้อยละ 85.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท เฉลี่ย 10.13 วัน (SD = 8.34) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.27 วัน (SD = 6.19) และไม่พบอัตราการการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4.49 (SD = 0.41) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นโยบายบัติสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในหน่วยงานอยู่ในระดับมากที่สุด 4.62 (SD = 0.51) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ABSTRACT

Keywords: Nursing practice guidelines, Ventilated patients, Hemorrhagic stroke patients

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ทางเดินหายใจไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และการพร่องของออกซิเจนในเลือด จนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (วิจิตรา กุสมภ์, 2565) นอกจากความผิดปกติของการหายใจและการแลกเปลี่ยนอากาศแล้ว ยังมีความผิดปกติจากศูนย์หายใจที่สมองที่เป็นสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองจะมีการหายใจที่ผิดปกติหรือหายใจไม่ได้ จึงเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจ ดังนั้นการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการหมดสติ (coma) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score : GCS) ต่ำกว่า 8 คะแนน เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต และมีอัตราการตายสูง การใช้เครื่องช่วยหายใจในการบำบัดรักษาภาวะหายใจล้มเหลวจะช่วยเพิ่มการไหลของอากาศในระบบทางเดินหายใจ และทำให้มีการระบายอากาศในถุงลมปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (กันตพร ยอดไชย และคณะ, 2563) แม้การใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีประโยชน์ที่ช่วยแก้ไขสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว แต่ก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบสำคัญทางด้านร่างกาย คือ ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะแผลหรือเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ภาวะกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลม ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง และภาวะพิษจากการได้รับออกซิเจนมากเกินไปในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการกดของท่อช่วยหายใจ ความกลัว ความกังวล ความเครียด (วิจิตรา กุสมภ์ และ สุนันทา ครองยุทธ, 2563) การสื่อสารลำบาก และไม่สามารถบอกความต้องการได้ การขาดความมั่นใจในการหายใจด้วยตนเอง ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงต้องร่วมกันดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้ได้รับออกซิเจนตามเป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาหายใจได้เองโดยเร็วที่สุด (ธารทิพย์ วิเศษทาน และคณะ, 2562) โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการติดตาม เฝ้าระวังและสังเกตการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาอันเกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

โรคหลอดเลือดสมองแตก เกิดจากหลอดเลือดมีความเปราะบางร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงทำให้บริเวณที่เปราะบางนั้นโป่งพองและแตกออก หรืออาจเกิดจากหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดปริแตกได้ง่าย เมื่อหลอดเลือดสมองปริแตกหรือเกิดการฉีกขาด เลือดที่ออกมาจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด หากมีขนาดใหญ่ขึ้นกดเบียดเนื้อสมองจะทำให้มีภาวะสมองบวม ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (บุศรา หมั่นศรี, 2564) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง จะมีความบกพร่องของการทำงานระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจบริเวณก้านสมอง สัญญาณประสาทกระตุ้นการหายใจถูกกด การควบคุมการหายใจของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ (วรรณวิมล ทুমมี, 2566) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะมีความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น รวมทั้งจำนวนโรคร่วมจะยิ่งแสดงความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพและพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และส่งผลให้ระยะใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น (ยุทธพิชัย โพธิ์ศรี และคณะ, 2564)

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 5,940, 6,138 และ 5,614 ราย ตามลำดับ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง จำกััดการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพร่วมกับสูงอายุ และมีโรคประจำตัว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วย

หายใจ ปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทให้การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 334, 382 และ 325 ราย ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.37, 5.54 และ 4.52 วัน ระยะเวลานอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 4.32, 4.52 และ 4.15 วัน อัตราการการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 7.49, 3.02 และ 4.76 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ (หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2568) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำ เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวที่รักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการรักษา ร่วมกับการมีพยาธิสภาพที่สมองทำให้ความสามารถในการควบคุมการหายใจลดลง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่ทำให้หยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ (พัชลาวัล สาระพันธ์, 2567) และส่งผลให้ใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น

จากการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้า มี 5 วิธีปฏิบัติงาน คือ การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลเสมหะในหลอดลม การบริหารยาโดยการพ่นฝอยละออง การให้อาหารทางสายยาง และการทำความสะอาดช่องปาก (Oral care) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/ ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการปฏิบัติ การพยาบาลไม่ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติที่กำหนด การปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ไม่มีแนวปฏิบัติที่รวมการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ ช่วยเพิ่มความปลอดภัย ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และเป็น การส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาตามแนวคิดที่เสนอโดยสภาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดหัวข้อของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ 5) รวบรวมและทบทวนข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ประชาพิจารณ์ข้อเสนอแนะเพื่อร่วมกันตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติ 7) ยกร่างแนวปฏิบัติ 8) จัดพิมพ์รูปเล่ม 9) ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ 10) ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Study) เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก สถานที่ดำเนินการศึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 – กันยายน พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรพยาบาล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทและผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในขณะที่ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 - กันยายน พ.ศ.2569

ขนาดและการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 13 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มีจำนวน 13 คน ผู้วิจัยจึงเลือกทั้ง 13 คน

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 (Faul, et al, 2007) ตาม criteria จำนวน 30 คน โดยมี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตก
3. เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้โดยการสอบถามข้อมูลจากญาติ
5. ผู้ป่วย/ญาติ ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนาม/ด้วยวาจา/ด้วยการพยักหน้าอนุญาต

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคอง
3. ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ย้ายแผนกระหว่างการรักษา
4. ขอลถอนตัวจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบไปด้วย

หมวดที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ การตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ การวัดและบันทึก cuff pressure การประเมินการผูกมัดผู้ป่วยโดยใช้ MASS เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

หมวดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจ การดูดเสมหะ การล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment การจัดให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลักสารคัดหลั่งเข้าสู่ปอด การดูแล Ventilator ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟัน และการให้อาหารทางสายยาง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ภาวะชัต ระดับอัลบูมินในเลือด Glasgow Coma Scale

จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และอัตราการการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษสาขาการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลหัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 1 ท่าน ซึ่งได้ผลการประเมินได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index) เท่ากับ 0.81 นอกจากนี้ยังได้ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) และผลการประเมินคะแนนภาพรวมคุณภาพแนวปฏิบัติเท่ากับ ร้อยละ 85.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการรับรองการวิจัยในคนจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลภายในหน่วยงานด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างที่มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเผยแพร่แนวปฏิบัติและเตรียมความพร้อม ขั้นดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ และขั้นตอนประเมินการใช้แนวปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นเผยแพร่แนวปฏิบัติและเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยเผยแพร่แนวปฏิบัติสู่พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน ประชุมร่วมกับทีมพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน

สัปดาห์ที่ 2-3 ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือกระตุ้น สนับสนุนให้พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานและดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีการกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติ การค้นหาปัญหาและอุปสรรค การแก้ไขปัญหา เพื่อให้การใช้แนวปฏิบัติเป็นไปอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง มีการประชุมกับทีมพยาบาลแต่ละกลุ่มในการรับ-ส่งเวร ก่อนและหลังการปฏิบัติพยาบาลในเวรเช้า-บ่าย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนประเมินการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินผลและปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิด

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) และพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คณะแนวความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพของแนวปฏิบัติวิเคราะห์โดยใช้ สถิติพรรณนา จำแนกระดับความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ เป็นระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 121/68, เลขที่โครงการวิจัย 109/68 วันที่รับรอง 4 ธันวาคม 2568 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาตามปกติ นำเสนอผล วิจัยในภาพรวม ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนการระบุชื่อและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ เท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และการพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย ด้านผู้ป่วย และด้านพยาบาล ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย

ข้อมูลลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.07 ปี (SD 14.34) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างการ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	66.7
หญิง	10	33.3
อายุ		
15-20 ปี	1	3.3
21-30 ปี	2	6.7
31-40 ปี	7	23.3
41-50 ปี	5	16.7
51-60 ปี	8	26.7
61 ปีขึ้นไป	7	23.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.3
ระดับประถมศึกษา	22	73.4
มัธยมศึกษา	3	10
ปริญญาตรี	4	10.3

ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกาย (BMI) น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5–22.9) ร้อยละ 36.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 60.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 ไม่มีภาวะซีด ร้อยละ 70.0 ไม่ได้รับการตรวจระดับอัลบูมินในเลือด ร้อยละ 56.7 Glasgow Coma Scale ในระดับ Moderate 9-12 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	3	10
น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5–22.9)	11	36.7
น้ำหนักเกิน (23–24.9)	5	16.7
โรคอ้วนระดับ 1 (25–29.9)	9	30
โรคอ้วนระดับ 2 (> 30)	2	6.6
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	18	80
สูบ	12	20
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	9	30
มีโรคประจำตัว	21	70
ภาวะซีด		
ไม่มีภาวะซีด	21	70
มีภาวะซีด	9	30
ระดับอัลบูมินในเลือด		
ไม่ได้รับการตรวจ	17	56.7
ระดับต่ำ	10	33.3
ระดับปกติ	3	10
Glasgow Coma Scale		
Moderate 9-12 คะแนน	16	53.3
Severe $\leq$ 8 คะแนน	14	46.7

ผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.13 วัน (SD 8.34) วันนอนต่ำสุด 2 วัน วันนอนสูงสุด 38 วัน จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.27 วัน (SD 6.19) จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่ำสุด 1 วัน จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงสุด 28 วัน และไม่พบอัตราการการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

ข้อมูล	Minimum	Maximum	Mean	SD
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท	2	38	10.13	8.337
จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	1	28	5.27	6.192
อัตราการการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP)	0			

2.1 ด้านพยาบาล

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 29.08 ปี (SD 9.19) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	100
อายุ		
22-25 ปี	7	53.86
25-30 ปี	2	15.38
31-35 ปี	2	15.38
40 ปีขึ้นไป	2	15.38
การศึกษา		
ปริญญาตรี	13	100
ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด		
1-2 ปี	7	53.86
3-4 ปี	1	7.69
5-7 ปี	1	7.69
7-10 ปี	2	15.38
มากกว่า 10 ปี	2	15.38

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.49 (SD 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อมูล	Mean	SD	การแปลความหมาย
1. เนื้อหาแนวปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่ายขั้นตอนการปฏิบัติ เรียงลำดับอย่างเป็นระบบ	4.46	0.52	มากที่สุด
2. ภาษาที่ใช้เหมาะสมกับบริบทการพยาบาล	4.46	0.52	มากที่สุด
3. มีตัวอย่างหรือ Flow chart ช่วยให้เข้าใจง่าย	4.46	0.52	มากที่สุด
4. ช่วยในการประหยัดเวลาในการศึกษาแนวปฏิบัติเดิมที่มีหลายฉบับ	4.46	0.66	มากที่สุด
5. ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.46	0.51	มากที่สุด
6. ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก	4.46	0.52	มากที่สุด
7. ใช้งานได้สะดวกในการปฏิบัติงานจริง ไม่เพิ่มภาระเกินความจำเป็น	4.38	0.65	มากที่สุด
8. แนวปฏิบัติสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในหน่วยงาน	4.62	0.51	มากที่สุด
9. แนวปฏิบัติสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์	4.46	0.52	มากที่สุด
รวม	4.49	0.41	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และการพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทเฉลี่ย 10.13 วัน และระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.27 วัน ที่จำนวนวันนอนสูงเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ Glasgow Coma Scale (GCS) ต่ำกว่า 8 คะแนน ร้อยละ 46.7 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 70 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ หายาเครื่องช่วยหายใจจากจำนวนวันนอนสูงสุดที่ 38 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เลแมน และคณะ (Lehmann et al., 2021) พบว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาวในผู้ป่วยเลือดออกในสมองส่วนลึกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 3 วัน พบว่า ผู้ป่วยประมาณ 45% จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานกว่า 7 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล อนุมาศและคณะ (2566) พบว่า หลังใช้นโยบายพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหายาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีการหายาเครื่องช่วยหายใจยาก ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ความสำเร็จของการหายาเครื่องช่วยหายใจจากสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยสูงขึ้นจากเดิม ร้อยละ 72.5 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 94.1 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจากเดิม 10 ราย (ร้อยละ 19.6) ลดลงเหลือเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.9) ส่วนอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 7 ราย ร้อยละ 13.7 เป็นจำนวน 9 ราย ร้อยละ 17.6 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ผู้ป่วยหายาเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจาก 6.2 วัน เป็น 6.6 วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนักลดลงจาก 13 วัน เป็น 11.9 วัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ระดับความรู้สึกตัวต่ำ ความดันโลหิตสูง และภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการหายาเครื่องช่วยหายใจยาก และหรือหายาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) 0 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมลักษณ์ เตียสวัสดิ์ (2560) พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถลดการเกิดปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ร้อยละ 55 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณูชา พงศ์สวัสดิ์ (2561) พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ประกอบด้วย 8 แนวทาง อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง จาก 14 เหลือ 11.34 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริย์ ตระกูลพานิชย์กิจ และคณะ (2561) พบว่า การใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง จาก 20.27 เหลือ 7.03 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทางคลินิกพบปัจจัยเบื้องต้นที่อาจส่งผลต่อระยะเวลาการหายาเครื่องช่วยหายใจได้แก่ การพบภาวะซีด (Hematocrit < 37%) ในผู้ป่วยร้อยละ 30 ซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนที่อาศัยเม็ดเลือดแดงเป็นตัวพาออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อร่างกาย และภาวะโภชนาการบกพร่อง (Low Albumin) ร้อยละ 10 เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต ภาวะนี้สัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี รวมถึงอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการพักรักษาที่นานขึ้น และอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้น ประกอบกับการไม่ได้ติดตามระดับอัลบูมินในเลือดสูงถึงร้อยละ 56.7 ซึ่งปัจจัยด้านภาวะโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเลือดมีผลโดยตรงต่อกำลังกล้ามเนื้อกะบังลม และปริมาณการนำพาสารอาหารและออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุเคอร์จี และเซตตี (Mukherjee & Shetty, 2025) พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่มีระดับอัลบูมินต่ำมีอัตราการเสียชีวิตสูง ร้อยละ 32 ระยะเวลาการพักรักษาในไอซียู 10 วัน อุบัติการณ์ของการติดเชื้อสูง ร้อยละ 27 มีอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ทิรา เจียรณัย และคณะ (2565) ที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ : ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล พบว่า การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน โดยประเมินจากการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต อัตราการเผาผลาญพลังงาน ความสมดุลของสารน้ำ และกรด-ด่างของร่างกาย ภาวะโภชนาการ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ดังนั้น หากมีการบูรณาการการประเมินและฟื้นฟูภาวะโภชนาการควบคู่ไปกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ก็อาจมีส่วนช่วยลดระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สั้นลงได้ยิ่งขึ้น

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.49 (SD 0.41) โดยประเด็นที่มีระดับสูงสุด คือ แนวปฏิบัติสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในหน่วยงาน 4.62 (SD 0.51) โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในหน่วยงาน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการทำงานจริงได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนภรณ์ ปาลิณีเวชและคณะ (2565) พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.4 (± 0.6) และรูปแบบการพยาบาลมีความเหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงเฉลี่ย 4.4 (± 0.6) การนำแนวปฏิบัติมาใช้ทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา เคนทองดีและคณะ (2567) พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.8 และอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 8.3 เป็น 0.0 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา บุญเรือง และคณะ (2568) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ

การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนใช้ และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นพกาญจน์ ปู่ซึ้ง (2568) พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและช่วยลดระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิด VAP การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน เกิดความมั่นใจ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Control Group) หรือเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและยืนยันประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างระดับความรู้สึกตัว, ระดับอัลบูมินในเลือด, ค่าความเข้มข้นเลือด และระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อยืนยันปัจจัยที่มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

- กันตพร ยอดไชย, ทิพนาส ชินวงศ์, และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (บรรณาธิการ). (2563). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท นีโอพ้อยท์(1995) จำกัด.
- จันทร์ทิตรา เจียรณัย, อาทินุช เบญจรักษ์, กนกนาถ กิ่งสันเทียะ และ สุรางคณา พรหมมาศ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), 1-12.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร, กัญจนา ปุกคำ, และ สมจิตร ยอดระบำ. (2562). การพัฒนารูปแบบการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 176-192.
- นพกาญจน์ ปู่ซึ้ง. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติต่อการปฏิบัติของพยาบาลและระยะเวลาในการเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(1), 38-51.
- นฤมล อนุมาศ, ประณีต ส่งวัฒนา, ชมนกัธ รัตติโชติ และ อัฐพล ชีวรุ่งโรจน์. (2566). ผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีการหยาเครื่องช่วยหายใจยาก ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 138-150.
- บุศรา หมั่นศรี. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน กันตพร ยอดไชย, ทิพนาส ชินวงศ์ และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท นีโอพ้อยท์(1995) จำกัด.
- ปณูชา พงส์สวัสดิ์. (2561). ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย. *ชัยภูมิเวชสาร*, 38(3), 28-38.
- ปริยาภรณ์ บุญเรือง, รัตนภรณ์ แก้วคงทน, พรนภา บุญคง และ ยุทธนันท์ นะหุ. (2568). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *การประชุมวิชาการวิจัยระดับชาติ สำหรับบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการในสถาบันอุดมศึกษา ครั้งที่ 17*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชลาวัล สาระพันธ์. (2567). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 9(1), 417-427.
- ยุทธิพิชัย โพธิ์ศรี, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และ อรพรรณ โตสิงห์. (2564). ปัจจัยทำนายความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(3), 118-133.
- รัตนภรณ์ ปาลิณีเวช, ธนิษฐา สุทธิ, รัชนี ผิวม่วง และ จารุวรรณ เยียรพันธ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 441-452.
- วนิดา เคนทองดี, อรุมา แก้วเกิด, สุพัตรา กมลรัตน์ และ ปิยนันท์ แสนสมบัติ. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลเลย. *วารสารกองการพยาบาล*, 51(1), 78-95.

- วรรณวิมล ทุมมี. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(2), 545-552.
- วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ). (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 7). บริษัท พี.เค.เค.พรินท์ติ้ง.
- วิจิตรา กุสุมภ์, และ สุนันทา ครองยุทธ. (2563). ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 53-61.
- สุนันทา ไชยาพอง, วนิดา เคนทองดี และ เอกรัฐ ทองเต็ม. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองหรือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. *วารสารกองการพยาบาล*, 49(1), 49-63.
- หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า. (2568). *สถิติบริการหอผู้ป่วยปี 2565-2567*. โรงพยาบาลพระปกเกล้า.
- อิสริย์ ตระกูลพาณิชย์กิจ, ชนกพร อุตตะมะ, นาฏยา เอื้องไพโรจน์, ดรุณี ไชยวงศ์ และ จรรยา กาวีเมือง. (2561). ประสิทธิภาพการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 39-60.
- อุดมลักษณ์ เตียสวัสดิ์, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, อัจฉรวรรณ นาเมืองจันทร์, สุภาพรณัฏ์ ตันต์สุระ, ยุวดี บุญลอย และ อภิสร่า ส่งเสริม. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในงานดูแลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 194-206.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Lehmann, F., Schenk, L. M., & Ilic, I. (2021). Prolonged Mechanical Ventilation in Patients with Deep-Seated Intracerebral Hemorrhage: Risk Factors and Clinical Implications. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), 1-8.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Mukherjee S. & Shetty M. (2025). The Role of Serum Albumin in Critical Care: Clinical Outcomes and Implications for Therapy. *Journal of Contemporary Clinic Practice*, 11(5), 51-57.