

## From Bed Bath to Best Practice

### การจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง



ศิริลักษณ์ สุทธิชูไพบุลย์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

โรนา บัวเนียม, พย.บ.

ทศพร ธรรมรักษ์, พย.บ.

พยาบาลวิชาชีพ

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะที่สูงขึ้นมีผลให้ความดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง (cerebral perfusion pressure: CPP) และการไหลเวียนในสมอง (cerebral blood flow :CBF) ลดลง จึงทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด เมื่อระบบการควบคุมภายในสมองเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Barker, 1994) และมีการทำลายการทำงานของก้านสมอง (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ทำให้สูญเสียการควบคุมและการสั่งการของสมองต่อระบบการทำงานของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองเสียชีวิต

ความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่สูงขึ้น มักพบว่าเกิดจากการบวมของสมองภายหลังที่ได้รับการผ่าตัด 4-5 ชั่วโมง และจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างมากใน 48-72 ชั่วโมง (Youmans, 1990) เพราะการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมองจากการผ่าตัด ทำให้ blood brain barrier เสียหน้าที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการยอมให้สารผ่านของหลอดเลือดในสมอง (permeability) มีการรั่วของโปรตีนออกมาอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ โปรตีนที่สะสมอยู่นอกหลอดเลือดมีการดึงน้ำตามออกมา เนื้อเยื่อของเซลล์สมองเกิดการบวมน้ำ (Josephson, 2004) และการขยายของหลอดเลือดจากสาเหตุต่างๆ ทั้งการ

เพิ่มขึ้นของกระบวนการเมตาบอลิซึมเป็นผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ภาวะออกซิเจนที่ต่ำลง คาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้น จากผลของยาสลบ ที่มีผลต่ออัตราการหายใจ ภาวะดังกล่าวทั้งหมดทำให้ร่างกายพยายามปรับตัวด้วยการทำงานของกลไกการควบคุมอัตโนมัติ (auto-regulator) ด้วยการใช้หรือขยายหลอดเลือดสมอง (Orlando Regional Healthcare, Education & Development, 2003) เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงสมองได้เพียงพอ คือประมาณร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และออกซิเจนประมาณร้อยละ 20 ของปริมาณการใช้ ออกซิเจนในร่างกาย (Josephson, 2004) เมื่อกลไกการควบคุมอัตโนมัติไม่สามารถทำให้ การไหลเวียนในสมองเพิ่มขึ้นได้ ผลที่ตามมาคือสมองในบริเวณนั้นขาดออกซิเจนและสมองตายในที่สุด (เจษฎา นิยมมานนิตย์, 2537)

การจัดทำนอนเป็นการพยาบาลเพื่อช่วยให้การไหลเวียนในสมองเหมาะสม และมีการไหลกลับของเลือด (venous return) ดีขึ้น จะช่วยลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดสมอง ทำนอนมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อพยาธิสรีระของหลายระบบในร่างกาย ทำนอนที่ยกศีรษะสูงและ/หรือการนอนตะแคงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณของพลาสมาในหลอดเลือดและความดันในช่องหัวใจ(cardiac filling pressure) ซึ่งมีผลต่อระบบหลอดเลือดและการไหลเวียนของเลือดของผู้ป่วยระยะวิกฤตการยกศีรษะสูง 30 องศา จะช่วยเพิ่มการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำจากสมองสู่หัวใจทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง (Sullivan, 2000) อีกทั้งการจัดทำนอนให้ศีรษะอยู่ในแนว

ตรงกับลำตัว (neutral position) ไม่มีการหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งยังป้องกันการอุดตันและช่วยให้การไหลเวียนของเลือดออกจากสมองสู่หัวใจ (cerebral out flow) ได้ดีขึ้น (นันทศักดิ์ ทิศาวิภาต, 2543; Adam and Osborne, 1997; Mavrocortor, Bissonnectte, and Ravussin, 2000; Hickey, 2003).

การทบทวนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำนอนเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะภายหลังผ่าตัดสมองที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่แน่นอนชัดเจน จะเห็นว่าการจัดทำนอนที่ปฏิบัติในปัจจุบันเป็นไปตามแนวปฏิบัติงาน (work instruction) ที่จัดขึ้นสำหรับการจัดทำนอนเพื่อป้องกันแผลกดทับโดยเน้นการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง การยกกระดานเตียงขึ้น 30 องศาโดยไม่มีการวัดระดับว่าได้ระดับ 30 องศาจริงหรือไม่ ใช้หมอนรองใต้หูเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยไม่คำนึงถึงแนวศีรษะว่าจะอยู่ในแนวตรงหรือไม่ ประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทโดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง มีโอกาสเกิดได้จากปัจจัยหลายๆด้านอยู่แล้ว ทั้งเรื่องภาวะสมองบวม ภาวะหลอดเลือดขยายจากการหายใจลดลงจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ดังนั้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดทำนอนจะช่วยลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน ช่วยลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และสามารถลดปัญหาที่เกิดได้ตรงกับสาเหตุ มีผลดีต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและการใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติ

การพยาบาลยังทำให้มีแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ได้อย่างเป็นขั้นตอนชัดเจน สามารถติดตามได้ในระยะเวลาที่กำหนดได้ ทำให้การใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และใช้ได้จริงกับหน่วยงานในการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งยังเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่อไป จากการวิเคราะห์ห้องศัลยกรรมเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน อีกทั้งการจัดทำนอนเป็นกิจกรรมพยาบาลที่กระทำเป็นประจำอยู่แล้ว การเพิ่มกิจกรรมในระหว่างกระบวนการจัดทำนอนจึงไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน ทั้งยังทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้นอีกด้วย

เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ให้เกิดมาตรฐานการพยาบาลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ในหอผู้ป่วยไอซียูประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชจึงใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจาก Evidence based practice model (Soukup, 2000) โดยศิริลักษณ์ สุทธิไชยกุล (2006) ในการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง

#### เครื่องมือวัด

อัตราการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการจัดทำนอนของพยาบาลได้ถูกต้องร้อยละ 100 (โดยประเมินจากอัตราการจัดทำนอนให้ศีรษะสูง 30 องศาและศีรษะอยู่ในแนวตรงกับลำตัว)

#### ระยะเวลาดำเนินงาน

1 กรกฎาคม 2549 - 30 กันยายน 2550

#### การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล

เสนอแนวคิดในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยรวมทั้งสร้างทีมในการทำงานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการใช้จริงในหน่วยงาน

เนื่องจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้วจากผู้เชี่ยวชาญทางประสาทศัลยศาสตร์ มาแล้วจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ทางประสาทศัลยศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูประสาทศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ และได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับข้อระบุตามแนวปฏิบัติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติจริงกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในด้านกระบวนการการปฏิบัติและการเก็บข้อมูลจำนวน 3 ราย ตั้งแต่ 20 กรกฎาคม 2549 ถึง 27 สิงหาคม 2549 พบว่า สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนได้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะและคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษาได้จริง แต่อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำนอน เช่นหมอน และอุปกรณ์ในการวัดองศาเตียงยังไม่เหมาะสม ไม่สะดวกในการใช้ ไม่เอื้อต่อพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะมีผลให้การใช้แนวปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง การวัดความดันในกะโหลกศีรษะโดยการตรงจาก intracranial pressure monitoring (ICP monitoring) เป็นเครื่องมือที่มีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงของความดันในกะโหลก

ศีรษะ แต่พบว่าสถิติในการใส่ ICP monitoring ในช่วงปี พ.ศ. 2549 มีเพียง 6 ราย ต่อผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดสมอง (craniotomy) 294 ราย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้อาการแสดงทางคลินิกอื่น เช่น สัญญาณชีพ ในการประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ จากนั้นนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนได้จริงกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เก็บข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอน พบว่าอุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอน ในการจัดท่านอนโดยจัดให้ศีรษะสูง 30 องศาในผู้ป่วยจำนวน 5 ราย การจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา 10 ครั้งต่อราย พบว่าศีรษะไม่อยู่ในระดับ 30 องศา จำนวนร้อยละ 100 และการจัดให้ศีรษะตรงแนวระหว่างศีรษะกับลำตัว ต่อการจัดท่านอน 10 ครั้งต่อราย พบว่าศีรษะไม่ตรงแนวระหว่างศีรษะกับลำตัว จำนวน ร้อยละ 66 อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดระดับองศาเตียงไม่เพียงพอ หมอนที่ใช้ในการจัดศีรษะให้ตรงยังมีรูปแบบไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยที่ต้องการให้ศีรษะตรง เตียงที่มีอุปกรณ์ในการวัดระดับเตียงผู้ป่วยปฏิบัติก็ไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควรจึงทำให้ไม่จัดระดับศีรษะให้ได้ตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น จากปัญหาดังกล่าวได้ประดิษฐ์อุปกรณ์การวัดองศาเตียงขึ้นใช้ในหอผู้ป่วย ซึ่งมีระยะเวลาในการพัฒนาและประดิษฐ์ตั้งแต่ 26 มกราคม 2550 ถึง 30 เมษายน 2550 และยังคงพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้ได้มาตรฐานของเครื่องมือที่มีความเที่ยงและความตรง

### ขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ที่นำมาใช้ในหอผู้ป่วย ได้ปรับปรุงหลังการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม 2549 ถึง สิงหาคม 2549 แนวปฏิบัติที่ใช้จัดทั้งท่านอนหงายและนอนตะแคงโดยยึดหลักการจัดท่านอนตามแนวการปฏิบัติงาน (work instruction) ที่ใช้อยู่ ปฏิบัติดังนี้

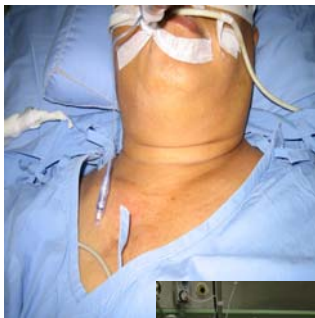
- ในการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง จัดท่านอนตามแนวปฏิบัติงาน (work instruction) การจัดท่านอน ปรับระดับศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ระดับ 30 องศา โดยดูระดับความสูงของหัวเตียงที่ปรับจากอุปกรณ์วัดองศาเตียงที่สร้างขึ้น (ศิริลักษณ์ สุทธิชูไพบูลย์, 2550) เมื่อได้ระดับแล้วจัดศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในแนวตรงกับลำตัวด้วยหมอนสามเหลี่ยมใบเล็ก โดยสอดหมอนสามเหลี่ยมเข้าบริเวณข้างแก้มไม่ให้หมอนกดทับใบหูเพื่อป้องกันปัญหาแผลกดทับที่อาจเกิดขึ้น



หมอนที่ใช้หนุนศีรษะ มีลักษณะแบนไม่ทำให้องศาของศีรษะเปลี่ยนหลังปรับระดับเตียงขึ้นตามองศาที่ต้องการ

รูปที่ 1 แสดงท่านอนหงาย

- จัดทำนอนผู้ป่วยตั้งแต่แรกกลับจากห้องผ่าตัด และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนที่นอนจัดทำนอนทั้งทำนอนหงายและทำนอนตะแคง โดยเน้นระดับศีรษะสูง 30 องศาและศีรษะอยู่แนวตรงกับลำตัว



หมอนที่ใช้พยุงให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง



รูปที่ 2 และ 3 แสดงการจัดศีรษะให้อยู่ในแนวตรง

- งดใช้แนวปฏิบัติการจัดทำนอนเมื่อมีข้อห้ามในการยกศีรษะสูง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของHemodynamic ต้องการให้ผู้ป่วยนอนราบเพื่อเพิ่มการไหลเวียน

- การใช้แนวปฏิบัติในการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เน้นในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในช่วงหลังผ่าตัดตั้งแต่วันแรกจนกระทั่ง 3-5 วันแรกเพราะเป็นช่วงที่มีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมได้จากกลไกการได้รับอันตรายของเนื้อเยื่อสมอง

- ในรายที่มีภาวะสับสน เอะอะโวยวายจากภาวะแทรกซ้อน เช่นสมองบวม การจัดทำนอนทำได้เพียงจัดศีรษะให้สูง 30 องศาไม่สามารถจัดทำนอนได้ตามแนวปฏิบัติได้ ต้องให้การรักษาอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ยาให้สงบหรือให้การรักษาเพื่อแก้ไขสาเหตุก่อน



รูปที่ 4 และ 5 แสดงการปรับระดับเตียงให้อยู่ระดับ 30 องศา โดยใช้อุปกรณ์วัดองศาเพียง

การพัฒนาให้แนวปฏิบัติการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ก่อนการนำแนวปฏิบัติการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะใช้จริงในหอผู้ป่วย ได้จัดทำโปรแกรมให้ความรู้บุคลากรในหอผู้ป่วยเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกรพยาบาลที่สร้างขึ้น โดยเริ่มด้วยประเมินผลบุคลากรในหอผู้ป่วยไอซียูประสาทศัลยศาสตร์ ทั้งด้านทัศนคติและความรู้โดยใช้

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง จากนั้นจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่อง 1) การจัดการกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ อธิบายในเรื่องพยาธิสรีระ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ และจัดการเมื่อเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงทั้งในด้านการรักษาและการพยาบาล 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เนื้อหาแสดงถึงขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอน ทั้งการวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิกที่พบทั้งด้านทฤษฎีและการสังเกตจากการปฏิบัติการพยาบาลจริง การค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำประเด็นจากงานวิจัยนำมารวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์มาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง นำไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คุณสมบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

จัดทำวีดีโอการจัดท่านอนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองตั้งที่กล่าวข้างต้น และการใช้อุปกรณ์ (หมอนและอุปกรณ์การวัดองศาเตียง) แก่บุคลากร ร่วมกับสอดแทรกแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติลงใน pre-conference ในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2550 จากนั้นประเมินผลซ้ำทั้งในเรื่องความรู้ ทักษะ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม สังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนที่สร้างขึ้นหลังการให้โปรแกรมความรู้ 1 สัปดาห์ และ 1½ เดือน โดยการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สังเกตจากผู้ป่วยที่ได้รับ

การจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา และศีรษะอยู่แนวเดียวกับลำตัว สุ่มสังเกตวันละประมาณ 2-3 ครั้ง ในช่วง 2 สัปดาห์ (21- 28 กรกฎาคม 2550) ตั้งแต่เริ่มการสังเกตได้ชุดการสังเกต 35 ครั้ง นำมาวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

### ผลการดำเนินงาน

พบว่าอัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดท่านอนของพยาบาลได้ถูกต้องร้อยละ 100 หลังการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งเรื่องอุปกรณ์เสริมเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติงาน ทั้งเรื่องอุปกรณ์วัดองศาเตียงและหมอนที่ช่วยในการพยุงศีรษะให้อยู่ในแนวตรง และการกระตุ้นด้วยโปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคลากร การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง โดยเน้นที่การสังเกตการยกระดับศีรษะให้สูง 30 องศาและแนวศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวเดียวกัน พบว่าการยกระดับศีรษะให้สูง 30 องศาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 91.42 และ การจัดศีรษะให้อยู่แนวตรงกับลำตัวเพิ่มจากร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 85.71

หลังโปรแกรมให้ความรู้บุคลากรในหอผู้ป่วยและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะ การปรับทัศนคติ พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 20 คน เพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 95) เพศชาย 1 คน (ร้อยละ 5) อายุระหว่าง 21-44 ปี ประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-22 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทร้อยละ 60 จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดท่านอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองพบว่า

หลังโปรแกรมการให้ความรู้ 1 สัปดาห์ และ 1½ เดือน พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างจากก่อนโปรแกรมให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนมากกว่าก่อนโปรแกรมให้ความรู้ ซึ่งการปฏิบัติที่ดีขึ้นย่อมมาจากการรับรู้ของบุคคลแม้ว่าความรู้และทัศนคติของพยาบาลจะไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมให้ความรู้ แต่โปรแกรมการให้ความรู้เป็นการกระตุ้นการรับรู้ของบุคลากรได้ทางหนึ่ง การให้ความรู้โดยวิธีการบรรยาย และฉายวิดีโอสาธิตวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดทำนอนทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับข้อมูลถึงร้อยละ 90 (สุเจน วัชรปิยานันท์, 2543) อีกทั้งการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะลดปฏิบัติจริงภายในหอผู้ป่วยถือเป็นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ปฏิบัติอยู่เดิมย่อมต้องมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง โคทเตอร์ และ สเชเลสิงเจอร์ (Kotter และ Schelesinger อ้างใน วรนาถ แสงมณี, 2543) ได้กล่าวว่า การเอาชนะการเปลี่ยนแปลงวิธีหนึ่งคือการฝึกอบรมและการสื่อสาร โดยการแจ้งเหตุผลและแผนการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มกระบวนการโดยผ่านการอบรม จะทำให้โอกาสสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงมีได้มากขึ้น การที่ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมให้ความรู้เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบเหตุผลและผลดีในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนซึ่งสามารถช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองได้

ผลที่ได้ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอน ไปใช้จริงใน

หน่วยงาน ทำให้ได้แนวคิดและข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติดังกล่าว คือ

1. การจัดทำนอนเป็นการพยาบาลอย่างหนึ่งที่พยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว เมื่อบุคลากรในหน่วยงานทราบเหตุผลก็จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจากเดิมสู่การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนที่สร้างขึ้นได้ไม่ยาก และจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคลากร การสร้างอุปกรณ์เสริมช่วยการจัดทำนอนให้ได้ระดับ 30 องศาจากการใช้อุปกรณ์วัดองศาเตียงโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือทางเรขาคณิต ซึ่งไม่สะดวกในการปฏิบัติงานและยังต้องใช้เวลาานกว่าการใช้อุปกรณ์วัดองศาเตียง พบว่าผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะมากขึ้น การใช้หมอนสามเหลี่ยมทำให้ศีรษะผู้ป่วยอยู่ในแนวตรงได้ตลอดยกเว้นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและหรือระดับความรู้สึกตัวสับสนก็ไม่สามารถใช้หมอนช่วยได้ต้องได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงในองค์กรถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาองค์กร การปรับพฤติกรรมในการจัดทำนอนผู้ป่วยเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นต้องมีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเป็นระยะด้วยเพื่อเป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมของพยาบาลให้มีการรับรู้ที่ตรงกัน เมื่อพบว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเริ่มลดลงหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วน โดยจัดการอบรม

ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องเพื่อเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมต่อไป

3. การจัดทำนอนถือเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล ซึ่งมีผลต่อระดับความดันในกะโหลกศีรษะซึ่งต้องปฏิบัติร่วมกับการรักษาอื่น แต่การจัดทำนอนที่ได้มาตรฐานถือว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่พยาบาลสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นการเห็นความสำคัญในการจัดทำนอนและปฏิบัติให้ได้มาตรฐานจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติทางระบบประสาทได้

4. เนื่องจากระดับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะที่เปลี่ยนแปลงมีผลจากปัจจัยหลายด้าน การวัดผลลัพธ์แนวปฏิบัติการการพยาบาลการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง จึงมุ่งที่ผลลัพธ์ด้านกระบวนการเป็นเบื้องต้น ส่วนผลลัพธ์ในด้านอื่น เช่น ระยะเวลาการรักษาพยาบาลในไอซียู อัตราการลดลงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ จึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการศึกษาและเก็บข้อมูลในระยะยาว การใช้สัญญาณชีพเพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะยังเป็นเครื่องมือที่ไม่ไวพอ เมื่อสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจรช้าลง หรือ pulse pressure กว้างเป็นสัญญาณแสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงท้ายของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเพื่อใช้เครื่องมือที่มีความไวต่ออาการเปลี่ยนแปลง และสามารถช่วยผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง

## เอกสารอ้างอิง

- เฉษฐา นิมมานนิตย์. (2537). *เนื้องอกในสมอง*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณารถ แสงมณี. (2543). *องค์การและการจัดองค์การ*. งานตำราและเอกสารการพิมพ์ คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- นันทศักดิ์ ทิศวิภาต. (2543). การดูแลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมสมอง. ใน สุณีรัตน์ คงเสรีพงศ์ และ สุขชัย เจริญรัตนกุล บรรณาธิการ, *เวชบำบัดวิกฤติ* (หน้า 606-618). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อ้วนน้ำพรินต์ติ้งจำกัด.
- สุเจน วัชรปิยานันท์. (2543). *ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความปลอดภัยต่ออุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงานผลิตภัณฑ์ยางพารา*. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- ศิริลักษณ์ สุทธิชูไพบูลย์. (2549). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิริลักษณ์ สุทธิชูไพบูลย์. (2550). *อุปกรณ์วัดองศาเตียง*. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 1(1). 60-65.



- Adam, S. K. and Osborne, S. (1997). *Critical care nursing science and practice*. Bath, UK: The Bath Press.
- Barker, E. (1994). *Neuroscience Nursing*. St. Louis, MO: Mosby –Year Book.
- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: A Walters Kluwer Company.
- Josephson, L. (2004). Management of intracranial pressure [Electronic version]. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(5), 194-207.
- Orlando Regional Healthcare, Education & Development. (2003). *Overview of adult intracranial pressure (ICP) management & monitoring systems: Self-learning packet 2003*. Retrieved May 25, 2005, from <http://www.orhs.org/classes/nursing/ICP-03.pdf>
- Mavrocortor, P., Bissonnecte, B., and Ravussin, P. (2000). Effects of neck position and head elevation on intracranial pressure in anesthetized neurosurgical patients: Preliminary results [Electronic version]. *Journal Neurosurgery Anesthesiol*, 12(1), 10-14.
- Soukup, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Sullivan, J. (2000). Positioning of patients with severe traumatic brain injury: Research-based practice. *Journal of Neuroscience Nursing*, 32, 204-209.
- Youmans, J. R. (1990). *Neurological surgery* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: WB Saunders.