

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิมาลา อินด้าง และหทัยรัตน์ ใจวังเย็น

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
สำหรับการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่านและ
ระยะสุดท้ายของชีวิต หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาวิจัยด้าน
การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council) 12 ขั้นตอน
ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนา
แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ 2) ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นรายข้อ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อ
การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในภาพรวม วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับ
ประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยข้อเสนอแนะจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่
1) ระยะการประเมินผู้ป่วย: การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงอย่างทั่วถึงที่ 2) ระยะการวางแผน: การเริ่มเตรียมจำหน่าย
3) ระยะการปฏิบัติตามแผน: การแจ้งสถานบริการในชุมชนล่วงหน้า และการสรุปการจำหน่ายภายในกำหนดเวลา และ 4)
ระยะการประเมินผล: การติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย และผู้ใช้นโยบายแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความคิดเห็นว่ามี
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ตั้งแต่ร้อยละ 80-100 ทั้ง 25 ข้อ และให้คงเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไว้ทุกข้อ

สรุป แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สำหรับการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรม
ประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะสุดท้ายของชีวิต และสามารถนำไปจัดทำแบบ
ตรวจสอบคุณภาพการวางแผนจำหน่าย **เชียงใหม่เวชสาร 2563;59(3):149-61.**

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท การดูแลแบบประคับประคอง

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคทางสมองและระบบประสาทมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคเนื้องอกสมอง โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ และบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยบางส่วนต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม ซึ่งหลังผ่าตัดมักมีทั้งผลการรักษาที่ดี (good outcome) และผลการรักษาที่ไม่ดี (poor outcome) และเมื่อวัดผลลัพธ์การรักษาโดยใช้แบบประเมิน Glasgow outcome score (GOS) พบว่าผลลัพธ์การรักษาแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นหายเป็นปกติ (good recovery) หายโดยมีความพิการปานกลาง (moderate disability) หายโดยมีความพิการรุนแรง (severe disability) ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (vegetative state) จนกระทั่งเสียชีวิต (death) มีการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทั้งหมดก่อนและหลังการเปิดฝีกอบรมแพทย์ประจำบ้านประสาทศัลยศาสตร์ พบว่าหลังการเปิดฝีกอบรมจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น แต่อัตราตายลดลง อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยบางส่วนโดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง และระดับรุนแรงที่ถึงแม้จะรอดชีวิต แต่เมื่อวัดผลลัพธ์การรักษาโดยใช้แบบประเมิน GOS พบว่ายังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำอะไรได้เลยเพิ่มขึ้น (1) ดังนั้นการลดอัตราตายจึงอาจเป็นการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย และกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด นอกจากนี้มีรายงานผลการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลันระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 ผลการรักษาพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 72.7 มีผลการรักษาไม่ดี (2) ซึ่งผู้ป่วยที่ผลการรักษาไม่ดีเหล่านี้ จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีโอกาสเสียชีวิต จึงจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับ-

ประคอง (3) และจากสถิติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองทั้งหมด 164 ราย และเปรียบเทียบกับสถิติการกลับเข้ารับการรักษากลับภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนในช่วงเวลาเดียวกันพบว่ามีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษากลับภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนจำนวนทั้งหมด 19 ราย โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 57.9) ซึ่งถือว่าเกินครึ่งหนึ่ง และเป็นผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองระยะเปลี่ยนผ่านจำนวน 5 ราย และระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวน 2 ราย (4) จากสถิติจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองโดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิตมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษากลับในโรงพยาบาลสูง

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตครอบคลุม 3 กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีอาการเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดทำเครื่องมือประเมินผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เรียกว่า Palliative Performance Scale for Adult Suandok (PPS-Adult Suandok) กำหนดระยะการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะคงที่มีระดับ PPS-Adult Suandok 70-100%, ระยะเปลี่ยนผ่าน มีระดับ PPS-Adult Suandok 40-60% และระยะสุดท้ายของชีวิต มีระดับ PPS-Adult Suandok 0-30% (5) ซึ่งผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่กำหนดระยะเวลาในการรักษาได้ยาก ใช้เวลาในการรักษานาน และเกิดความสูญเสียความสามารถหลายด้านได้แก่ การรับรู้ พฤติกรรมและการสื่อสาร รวมถึงเกิดความพิการ

ด้านร่างกาย (6) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายจากทีมสุขภาพก่อนกลับบ้าน

การวางแผนจำหน่าย คือกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว (7) วัดผลลัพธ์ 2 ด้าน คือด้านระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยความคุ้มค่าของค่าใช้จ่าย การใช้ทรัพยากร/แหล่งประโยชน์ในชุมชน และโรงพยาบาล และประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร/แหล่งประโยชน์ และด้านผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยระยะเวลานอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (8) ซึ่งกลุ่มโรคที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากที่สุด คือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท (9) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (10)

ยุคการพัฒนาและรับรองมาตรฐานบริการโรงพยาบาลในปัจจุบัน การวางแผนจำหน่ายเป็นบริการพยาบาลที่สำคัญในระบบการบริการสุขภาพ (11) และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในอนาคตที่ควรจะเป็นคือ ต้องมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ (12) ดังนั้นหลายประเทศจึงพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลการวางแผนจำหน่าย เช่น หน่วยงานวิจัยด้านบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยโมนาช ประเทศออสเตรเลีย ได้พัฒนาตัวชี้วัดประสิทธิผลการวางแผนจำหน่าย กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบที่ชัดเจนแบ่งเป็น 2 ด้านคือด้านเวลา และด้านเนื้อหา มีทั้งหมด 5 ตัวชี้วัดคือ 1) การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงอย่างทันท่วงที (provision of timely and informative risk screening) 2) การเริ่มเตรียมแผนจำหน่าย (commencement of the preparation

of a discharge plan) 3) การแจ้งสถานบริการในชุมชนล่วงหน้า (timely notification of community providers) 4) การสรุปผลการจำหน่ายภายในกำหนดเวลา (provision of a timely and informative discharge summary) และ 5) การติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย (follow-up of discharge plan) (13)

จากการประเมินผลการจัดทำโครงการวางแผนจำหน่ายของหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท พบว่าการดำเนินการยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของการวางแผนจำหน่ายโดยเฉพาะด้านการติดตามประเมินผลทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีปัญหาหรือไม่ภายหลังจำหน่าย รวมถึงไม่สามารถประเมินได้ว่าสถานบริการของชุมชนได้ทำหน้าที่หรือไม่จากสถิติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนของหอผู้ป่วย พบผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิตมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติบ่อย และทำเป็นประจำทุกวัน (high volume) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิตไปใช้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) 12 ขั้นตอน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 6 ราย โดยกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์และประเมินคุณค่าของหลักฐานที่สืบค้น ยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล อาจารย์ภาควิชากายภาพบำบัด และพยาบาลปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ด้านการวางแผนจำหน่าย จากนั้นทำรายงานเนื้อหาสาระแนวปฏิบัติ และจัดทำแผนการเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

2. ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 10 ราย และผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะสุดท้ายของชีวิตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเป็นเวลามากกว่า 2 วัน และผู้ดูแลจำนวน 15 ราย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (work shop) ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลก่อนนำไปใช้ทั้งหมด 2 วัน วันละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จัดบอร์ดความรู้และสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายทางการพยาบาลเป็นรายข้อทั้งหมด 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเป็นไปไม่ได้ และเป็นไปไม่ได้เป็นรายข้อ และช่องอธิบายเหตุผลที่เป็นไปไม่ได้ และแบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้อีกต่อการใช้นโยบายทางการพยาบาลในภาพรวม ประยุกต์ใช้แนวคำถามของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (14) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 7 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก และคำถามปลายเปิด เป็นคำถามเกี่ยวกับความเห็นเพิ่มเติมและความคิดเห็นอื่น ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในทุกองค์ประกอบของเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใบอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 491/2557 วันที่อนุมัติ 25 ธันวาคม 2557 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการและระยะเวลาในการศึกษา ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะถือเป็นความลับ

ผลการศึกษา

บุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 ราย มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี ร้อยละ 40 สำเร็จปริญญาตรี ร้อยละ 90 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 60 และทั้งหมดเป็นพยาบาลประจำการ โดยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ร้อยละ 80 ขณะเดียวกันเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 20 (ตารางที่ 1)

โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะสุดท้ายของชีวิต หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 19 ฉบับ โดยกำหนดระดับความน่าเชื่อถือ คุณภาพและข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (15) กำหนดเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติเป็น 4 ระยะตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานวิจัยด้านบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยโมนาช ประเทศออสเตรเลีย

คือ 1) ระยะการประเมินผู้ป่วย (assessment phase): การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงอย่างทั่วถึงที่ 2) ระยะการวางแผน (planning phase): การเตรียมจำหน่าย 3) ระยะการปฏิบัติตามแผน (implementation phase): การแจ้งสถานบริการในชุมชนล่วงหน้า และการสรุปการจำหน่ายภายในกำหนดเวลา และ 4) ระยะการประเมินผล (evaluation phase) การติดตามประเมินผลแผนจำหน่ายได้แนวปฏิบัติทั้งหมด 25 ข้อ พบว่าความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติต่อความ

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	4 (40)
26-30 ปี	2 (20)
31-35 ปี	1 (10)
36-40 ปี	2 (20)
41-45 ปี	1 (10)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	9 (90)
ปริญญาโท	1 (10)
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	
1-5 ปี	6 (60)
6-10 ปี	1 (10)
11-15 ปี	2 (20)
> 15 ปี	1 (10)
ตำแหน่งการปฏิบัติงานในปัจจุบัน	
พยาบาลประจำการ	10 (100)
เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท	8 (80)
เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	2 (20)

เป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เป็นรายข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 100 จำนวน 20 ข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 90 จำนวน 3 ข้อ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 80 จำนวน 2 ข้อ (ตารางที่ 2)

ส่วนความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ในด้านประสิทธิผลของการ

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เป็นรายข้อ (n=10)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน, ระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ระยะการประเมินผู้ป่วย (assessment phase): การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงอย่างทันท่วงที (provision of timely and informative risk screening)	
1.1 การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วยต้องกระทำให้เสร็จสิ้นภายใน 1-2 วัน (24-48 ชม.) หลังรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย (ทั้งผู้ป่วยรับใหม่ และรับย้าย) (2c, A)	10 (100)
1.2 ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาในการดูแลตนเองหรือไม่ (2c, A) เนื้อหาการประเมินผู้ป่วยตามหัวข้อต่อไปนี้	
1.2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	
1.2.1.1 ADL=.....คะแนน	10 (100)
1.2.1.2 ผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน/อุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ เมื่อจำหน่าย (patient need home health care services/equipment at discharge)	10 (100)
1.3 ผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียวหรือไม่ (2c, A) ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามหัวข้อต่อไปนี้	
1.3.1 ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับใคร และบุคคลผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหลังจำหน่าย ระบุความสัมพันธ์ของผู้ให้ความช่วยเหลือ (patient lives and Who can help after discharge)	10 (100)
1.4 ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบดูแลผู้อื่นหรือไม่ (2c, A) เป็นภาระการรับผิดชอบของผู้ป่วย ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามหัวข้อต่อไปนี้	
1.4.1 ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจหรือไม่ (patient need assistance economic)	10 (100)
1.4.2 ภาระการรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อครอบครัว เช่น เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ, เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการในครอบครัว	10 (100)
2. ระยะการวางแผน (planning phase): การเริ่มเตรียมแผนจำหน่าย (commencement of the preparation of a discharge plan)	
2.1 เริ่มจัดเตรียมแผนจำหน่ายให้เสร็จสิ้นภายใน 2-3 วัน หลังรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงกำหนดเวลาในการจัดเตรียมแผนจำหน่ายอย่างน้อยภายใน 48 ชม. หรืออย่างมาก 72 ชม. (2c, A)	8 (80)
2.2 มีการบันทึกตามหัวข้อต่อไปนี้	
2.2.1 ระบุวันที่คาดว่าจะจำหน่าย (5b, B)	9 (90)
2.2.2 ระบุประเภท หรือสถานที่ที่จะจำหน่าย (2c, A)	10 (100)
2.2.3 ระบุปัญหาที่เกิดขึ้น หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิด (5a, B)	10 (100)
2.2.4 ระบุวิธีการดำเนินการเมื่อพบปัญหาหรือ การดำเนินการ/ การตอบสนองเมื่อพบความเสี่ยง (response to risk screen minimum criteria) และประเมินผลการสอน (2c, A)	10 (100)

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เป็นรายชื่อ (n=10)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน,ระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ระยะการปฏิบัติตามแผน (implementation phase)	
3.1 การแจ้งสถานบริการในชุมชนล่วงหน้า (timely notification of community providers)	
3.1.1 การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายังสถานบริการในชุมชน ควรแจ้งให้หน่วยงานนั้น/ ผู้ให้บริการในชุมชนทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 วัน (2c, A) หมายเหตุ: คำว่า “สถานบริการในชุมชน” หมายถึง o ในกรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน หมายถึง สถานีอนามัย/ รพสต/ ศูนย์ Home care o ในกรณีผู้ป่วยส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ๆ (ยังไม่กลับบ้าน) หมายถึง รพช/ รพท/ รพศ/ ศูนย์ Home care	9 (90)
3.1.2 เนื้อหาข้อมูลส่งต่ออย่างน้อยประกอบด้วย	
1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบคลุมปัญหาต่าง ๆ และการดูแลต่อเนื่อง (ในแฟ้มประวัติ ผู้ป่วย) (2c, A)	10 (100)
2) ระบุผู้รับแจ้งการส่งต่อผู้ป่วย (2c, A)	10 (100)
2.1) กรณีแจ้งสถานบริการในชุมชนโดยตรงโดยการโทรศัพท์ (phone) หรือบอกกล่าว โดยตรง (face-to-face) โดยต้องมีการระบุชื่อสถานบริการในชุมชนที่จะส่งผู้ป่วย วิธีการแจ้งและชื่อผู้รับแจ้ง	
2.2) กรณีแจ้งสถานบริการในชุมชนโดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การโทรศัพท์ หรือบอกกล่าวโดยตรง เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) และ แฟกซ์ (fax) หลักฐานที่แสดงถึงการแจ้ง ควรมีดังนี้ o ชื่อสถานบริการในชุมชนที่จะส่งผู้ป่วย o วิธีการแจ้ง o ข้อมูลผู้ป่วย o ข้อมูลผู้แจ้ง หรือผู้ได้รับมอบหมายการจำหน่ายเพื่อให้ผู้รับแจ้งติดต่อได้ หาก ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม	
3) ระบุการคาดคะเนวันที่น่าจะจำหน่ายได้ (5b, B)	8 (80)
3.2 การสรุปการจำหน่ายภายในกำหนดเวลา (provision of a timely and informative discharge summary)	
3.2.1 การสรุปการจำหน่ายควรกระทำให้เสร็จสิ้นภายในวันที่จำหน่าย (2c, A)	10 (100)
3.2.2 เนื้อหาประกอบด้วย	
1) ข้อมูลทั่วไป (basic demographic information) (4d, B) ได้แก่ 1.1) ชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ เลขที่โรงพยาบาล 1.2) ชื่อโรงพยาบาล แผนก และเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานที่จะติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม 1.3) ข้อมูลผู้รักษา เช่นชื่อแพทย์ผู้ดูแล หรือผู้จำหน่าย	10 (100)
2) ข้อมูลทางคลินิก (relevant clinical information) (4d, B) ได้แก่ การวินิจฉัยโรค วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่จำหน่ายผู้ป่วย สถานที่ที่จะจำหน่ายไป ผลการตรวจต่าง ๆ	10 (100)
3) ยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน (list of current medication) (4d, B)	10 (100)
4) ข้อมูลการมาตรวจตามนัด (follow-up) (4d, B) ได้แก่ ใบนัดตรวจของแพทย์ รวมถึง ข้อมูลรายละเอียดเฉพาะ การปฏิบัติตนพิเศษในวันนัดตรวจ	10 (100)

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เป็นรายชื่อ (n=10)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน,ระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. ระยะการประเมินผล (evaluation phase): การติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย (follow - up of discharge plan)	
4.1 ติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย การติดต่อผู้ป่วยควรกระทำภายใน 10 วัน ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล (โดยไม่นับวันจำหน่าย) โดยพยาบาลผู้จำหน่ายผู้ป่วยรายนั้น ๆ (1c, A) หมายเหตุ: ในกรณีที่ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ สามารถกระทำได้ 2 รูปแบบ คือ บันทึกวันที่ และเวลาที่ติดต่อ และระบุว่า “ติดต่อไม่ได้” หรือ พยายามติดต่อให้ครบ 3 ครั้ง ถ้าติดต่อไม่ได้ ให้ระบุวันที่ และเวลาที่ติดต่อ และระบุว่า “ติดต่อไม่ได้”	9 (90)
4.2 เนื้อหาในการติดตามครอบครัวกลุ่มประเด็น ดังต่อไปนี้	
1) อาการผู้ป่วย (1c, A)	10 (100)
2) การประเมินผลการนำแผนจำหน่ายลงสู่การปฏิบัติ (1c, A)	10 (100)
3) ประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (1c, A)	10 (100)

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในภาพรวม (n=10)

ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น		
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
1. ความง่ายและสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อแนะนำ	4 (40)	6 (60)	0
2. ความชัดเจนของข้อแนะนำในแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจได้ตรงกัน)	4 (40)	6 (60)	0
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	6 (60)	4 (40)	0
4. ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัดและลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ)	4 (40)	5 (50)	1 (10)
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ)	9 (90)	1 (10)	0
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	7 (70)	3 (30)	0
7. ท่านมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	8 (80)	2 (20)	0

ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 90 ด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานร้อยละ 70 ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานร้อยละ 60 ส่วนด้านความง่ายและสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อแนะนำ ด้านความชัดเจน

ของข้อแนะนำในแนวปฏิบัติ และด้านความประหยัด มีความเป็นไปได้ในระดับมากร้อยละ 40 เท่ากัน ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับมากร้อยละ 80 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้ายของชีวิต หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานวิจัยด้านบริการสุขภาพมหาวิทยาลัยโมนาช ประเทศออสเตรเลีย ส่วนเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพัฒนาจากหลักฐานที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ผ่านกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย โดยทีมพัฒนาที่ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมองมากกว่า 20 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์ด้านการวิจัยจำนวน 3 ท่าน และทีมผู้วิจัย 2 ท่าน รวมทั้งหมด 6 ท่าน โดยผู้วิจัย 2 ท่าน ทำหน้าที่วางแผนการประชุมทีม โดยจัดประชุมทีมพัฒนาทั้งหมด 4 ครั้ง ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์และประเมินคุณค่าของหลักฐานที่สืบค้น ยกเว้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด จัดทำรายงานเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนสมาชิกทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอีก 4 ท่าน ทำหน้าที่มีส่วนร่วมประชุมในการประชุมทีมทั้งหมด 4 ครั้ง และมีส่วนร่วมในการยกเว้น

ปฏิบัติทางการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ซึ่งเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จึงทำให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ได้จริง

เมื่อนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นรายชื่อเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 100 มีเพียงบางหัวข้อที่มีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้น้อยกว่าร้อยละ 100 (ตารางที่ 2) จึงทำการประชุมชี้แจงให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ทำให้ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเป็นไปได้ทุกข้อ ได้แก่ ระยะการวางแผน ในหัวข้อ 2.1 เริ่มจัดเตรียมแผนจำหน่ายให้เสร็จสิ้นภายใน 2-3 วัน หลังรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติญาติไม่พร้อมดูแล หรือไม่สามารถติดต่อญาติได้ ดังนั้นในกรณีดังกล่าวจึงกำหนดให้ระบุเหตุผลว่าผู้ป่วยไม่มีญาติ ญาติไม่พร้อมดูแล หรือติดต่อญาติไม่ได้ในแบบทบทวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยพร้อมกับเตรียมข้อมูลส่งต่อสถานบริการในชุมชน และหัวข้อ 2.2.1 การระบุวันที่คาดว่าจะจำหน่ายอาจเป็นเพราะผู้ใช้แนวปฏิบัติยังไม่มั่นใจในการระบุวันที่คาดว่าจะจำหน่าย ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา เช่น มีการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องได้รับยาปฏิชีวนะเป็นต้น ในกรณีดังกล่าวให้ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถระบุวันที่คาดว่าจะจำหน่ายลงในแบบทบทวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนในระยะการปฏิบัติตามแผน หัวข้อ 3.1.1 การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อยังสถานบริการในชุมชน ควรแจ้งให้หน่วยงานนั้น หรือผู้ให้บริการในชุมชนทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 วัน พบว่าผู้ป่วยบางรายสถานบริการในชุมชนสามารถรับผู้ป่วยรักษาต่อได้ทันทีในวันที่

ประสานการส่งต่อ ดังนั้นกรณีดังกล่าวให้ผู้ใช้นโยบายส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่สถานบริการในชุมชนนั้น ๆ ภายในวันที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทันทีทางโทรศัพท์ก่อน และให้สรุปข้อมูลการจำหน่าย (ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ยาที่ใช้ ปัจจุบัน การมาตรวจตามนัด) พร้อมแนบข้อมูลดังกล่าวไปกับผู้ป่วย และข้อ 3.1.2 เนื้อหาข้อมูลส่งต่อหัวข้อย่อยที่ 3 ระบุการคาดคะเนวันที่น่าจะจำหน่ายได้ พบว่าบางครั้งไม่สามารถระบุได้ เช่น แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งการรักษาให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้ทีมพยาบาลติดต่อสถานบริการในชุมชนล่วงหน้า ในขณะที่เดียวกันต้องรอแพทย์สายอื่น ๆ มาประเมินอาการ (ครั้งสุดท้าย) ก่อนจำหน่าย (ผู้ป่วยบางรายมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมประเมินและรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ทีม) กรณีดังกล่าวให้ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติแจ้งกับสถานบริการในชุมชนว่าจะติดต่อกลับมาอีกครั้ง ในหัวข้อ 4.1 ติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย การติดตามประเมินผลผู้ป่วยควรกระทำภายใน 10 วันภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล (โดยไม่นับวันจำหน่าย) โดยพยาบาลผู้จำหน่ายผู้ป่วยรายนั้น ๆ พบว่าลืมหันหลังติดตามอาการเมื่อครบกำหนด เนื่องจากภาระงานมาก จึงจัดทำสมุดบันทึกวันที่ติดตามผลการจำหน่ายเพื่อเตือนความจำ และกำหนดให้ติดตามประเมินผลตามวันที่ระบุในสมุด ทุกวันเวลาเช้า ยกเว้นไม่ได้ปฏิบัติงานในเวรเช้าของวันที่ 10 หลังการจำหน่าย สามารถติดตามประเมินผลก่อนวันที่ 10 หลังการจำหน่าย

ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายปฏิบัติทางการแพทย์ในภาพรวม (ตารางที่ 3) ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีความเห็นว่า ข้อเสนอแนะในนโยบายปฏิบัติทางการแพทย์มีความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในระดับมากเพียงร้อยละ 40 เนื่องจากเป็นสิ่งใหม่สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ต้องสร้างความเข้าใจและกำกับติดตามเป็นระยะ และเห็นว่าข้อ

เสนอแนะของแนวปฏิบัติมีความชัดเจนระดับมากร้อยละ 40 เช่นกัน เนื่องจากข้อเสนอนั้นบางข้อต้องอาศัยทักษะความเข้าใจในการประเมินและบันทึกข้อมูล เช่นเดียวกับด้านความประหยัด ก็มีความเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้ระดับมากเพียงร้อยละ 40 เพราะต้องใช้กำลังคนและทุนในการสร้างสื่อการสอนและติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย แต่มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงานในระดับมากร้อยละ 60 ทั้งนี้ขั้นตอนแนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ ส่วนความคิดเห็นว่าการใช้นโยบายปฏิบัติทำให้เกิดประสิทธิผลที่สามารถแก้ไขปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการในระดับมากถึงร้อยละ 90 และเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานในระดับมากร้อยละ 70 อีกทั้งมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในระดับมากร้อยละ 80 เพราะการมีแนวปฏิบัติสำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบริการพยาบาลที่สำคัญในระบบการบริการสุขภาพในปัจจุบันและสามารถตรวจสอบได้ (12) สอดคล้องกับเพชรพรหมจารย์ (16) ที่ศึกษาความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด พบว่ามีความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.06$) เมื่อพิจารณาประเด็นย่อย พบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$) รวมถึงทำให้การรักษามีความประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในระดับมาก ($\bar{x} = 4.17$)

ส่วนข้อมูลความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายปฏิบัติทางการแพทย์ ในด้านที่ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติเห็นว่ายังอยู่ในระดับมากค่อนข้างน้อย ได้แก่ ด้านความง่ายและสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อแนะนำ ด้านความชัดเจนของข้อแนะนำในแนวปฏิบัติ และด้านความประหยัด ทีมผู้

วิจัยอาจพิจารณาปรับปรุงแนวปฏิบัติ 2 ประเด็น คือ ด้านการแจ้งสถานบริการในชุมชนล่วงหน้า โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ให้พิจารณาเลือกแจ้งสถานบริการในชุมชนเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซับซ้อน และคาดว่าจะเกิดปัญหาเมื่อกลับไปบ้านเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อลดภาระงาน ประหยัดเวลา และกำลังคน และด้านการติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย คือการโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยภายใน 10 วันภายหลังการจำหน่าย ให้เพิ่มการบันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ณ วันจำหน่าย ได้แก่ GCS, motor power, อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย, ADL หรือรายละเอียดอื่นใดที่เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการติดตามอาการผู้ป่วยครั้งต่อไป โดยกำหนดให้พยาบาลที่ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วยรายนั้น ๆ ทำการบันทึกในแบบรายงานการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดความง่ายและสะดวก มีความต่อเนื่องของข้อมูล รวมถึงมีความชัดเจน เข้าใจตรงกันมากขึ้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ทั้งหมด 25 ข้อ สามารถนำมาใช้ได้จริง และผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการวางแผนจำหน่ายที่ได้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะสุดท้ายของชีวิต ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. สามารถนำองค์ประกอบหลักของแนวปฏิบัติ คือ เกณฑ์ด้านเวลา (timeliness) และเกณฑ์ด้านเนื้อหา (content criteria) ไปจัดทำแบบตรวจสอบ

คุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และงานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการวิจัย การประพันธ์ หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Norasetthada T. Outcome of head injury before and after residency training of neurosurgery in Chiang Mai University. *Neurological Surgery*. 2010;1:112-9. [in Thai]
2. Somporn P, Rattanalert S, Oearsakul T. Surgical outcomes in acute traumatic subdural hematoma at Songklanagarind Hospital. *Neurological Surgery*. 2010 1:120-1. [in Thai]
3. Mokcharoenpong C. Palliative care in Practice [online] 2012. [cited 2017 August 23]. Available from: <http://bit.ly/1VfCmup>. [in Thai]
4. General Neurosurgery Unit. Re-admission rate in 2013-2014. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine; 2014. [in Thai]
5. Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Policies and guidelines of Palliative care [online] 2012 [cited 2015 Jun 6]. Available from: <https://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/>
6. Turner-Stokes L, Sykes N, Silber E, Sutton L, Morrey V, Holmes T, et al. Long-term neurological conditions: management at the interface between neurology, rehabilitation and palliative care [online] 2008 [cited 2016 August 11]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/long-term-neurological-conditions>
7. Pichitpornchai W, Sanaha C, Tosuksri W,

- Koositamongkol S. Discharge planning: Concepts and Methods. In: Pichitpornchai W, Asdornwised U, editors. Discharge planning: concepts and application. 2nd ed. Bangkok: Niyom Vittaya; 2003. p. 1-10. [in Thai]
8. Jackson MF. Discharge planning: Issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. *J Adv Nurs* [serial on the Internet]. 1994;19:492-502. [cited 2015 May 21] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01112.x>
9. Allaudeen N, Vidyarthi A, Maselli J, Auerbach A. Redefining Readmission Risk Factors for General Medicine Patients. *J Hosp Med* [serial on the Internet]. [cited 2015 January 9]. 2011;6:54-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945293>.
10. Enguidanos S, Vesper E, Lorenz K. 30- day readmissions among seriously ill older adult. *J Palliat Med* 2012; 15: 1356-61.
11. The Institute of Hospital Quality Improvement & Accreditation. Hospital and Health-care standard, Sixtieth Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne Edition [online] 2006. [cited 2015 June 7]. Available from: <http://49.231.246.209/lpnh2020/files/quality/HA-standard-thai-version.pdf>. [in Thai]
12. Asdornwised U. Patient discharge planning model. In: Pichitpornchai W, Asdornwised U, editors. Discharge planning: concepts and application. 2nd ed. Bangkok: Niyom Vittaya; 2003. p. 11-7. [in Thai]
13. Health Service Research Unit. Performance Indicators for Effective Discharge. Melbourne Victoria: Victorian Government Department of Human Services; 2000.
14. Nantachaipan P. The CPGs quality evaluation questionnaire. Chiangmai: Faculty of Nursing; 2006. [in Thai]
15. Joanna Briggs Institute [JBI]. The JBI Approach to Evidence-Based Practice. [online] 2014 [cited 2015 January 15]. Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/about/Approach.pdf>
16. Promchan P. The development of discharge planning model for intracerebral hemorrhage patient undergone surgery by multi-disciplinary team Neuro Surgical Department Udonthani Hospital. [An Independent Study Report for the Master of Nursing Science in Nursing Administration], Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009. [in Thai]

Development of clinical nursing practice guidelines for discharge planning among neurosurgical patients in transitional and end of life stage of palliative care, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Induang W and Jaiwangyen H

Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Objectives This study aims to develop clinical nursing practice guidelines, and investigate the feasibility of implementing the guidelines for discharge planning among neurosurgical patients in transitional and end of life stage of palliative care, Neurosurgical Ward, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

Methods This research is a developmental study based on the concept of a 12-steps clinical practice development of the Australian National Health and Medical Research Council, conducted between November 2014 to August 2017. The samples were divided into two phases: 1) clinical nursing practice development phase, and 2) trial clinical nursing practice phase. Data were collected using personal data questionnaires, clinical nursing practice guideline questionnaires, and overall clinical nursing practice opinion questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results The clinical nursing practice guidelines for discharge planning among neurosurgical patients in transitional and end of life stage of palliative care includes 25 recommendations, divided into four phases: 1) assessment phase: provision of timely and informative risk screening; 2) planning phase: commencement of the preparation of a discharge plan; 3) implementation phase: timely notification of community providers and provision of a timely and informative discharge summary; and 4) evaluation phase: follow - up of discharge plan. Clinical nursing practice guideline users view that there is an implementation feasibility from 80 to 100 percentages of 25 recommendations, and the content of all clinical nursing practice guidelines should be preserved.

Conclusions The clinical nursing practice guidelines were feasible for discharge planning among neurosurgical patients in transitional and end of life stage of palliative care and could be operated the quality of discharge planning audit form. **Chiang Mai Medical Journal 2020;59(3):149-61.**

Keywords: discharge planning, neurosurgical patients, palliative care

