



บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี

อัญชลี โสภณ* ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์** ไพรวลัย พรหมดี***

สุกรรณต์ ยุทธเกษมสันต์**** และอรไท โพธิ์ไชยแสน*****

โรงพยาบาลขอนแก่น 54-56 ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบการพัฒนารูปแบบการทดลองใช้ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้ ประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงและญาติผู้ป่วย จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบไปด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย

ผลจากการวิจัย:

ระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ระยะเวลาการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เฉลี่ย 95 นาที ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ย 6 วัน, การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 มีการจัดทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีและออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีทั้งหมด 9 หมวด ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพยาบาลบรรเทาความเจ็บปวด การพยาบาลป้องกันการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การรักษาดูแลทางเดินหายใจ การป้องกันการพลัดตกเตียง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การบันทึกน้ำเข้า-ออก และการประสานกับแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560, 29(3) : 126-138

* ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ศษ.ม.) จิตวิทยาการให้คำปรึกษา

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) การบริหารการพยาบาล

**** แพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.), ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) วิทยาศาสตร์คลินิก, วว.ศัลยศาสตร์, วว.ประสาทศัลยศาสตร์

***** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) การพยาบาลผู้ใหญ่



ระยะที่ 3 เมื่อนำรูปแบบการดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 คน พบว่า ระยะเวลาการทำ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลดลงจากเดิมโดยเฉลี่ย 58 นาที ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน

ระยะที่ 4 การประเมินการพัฒนารูปแบบ พบว่า ระดับความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อยู่ที่ยุ่่มากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.34$) และระดับความพึงพอใจของญาติอยู่ที่ยุ่่มากที่สุด ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.24$)

สรุป: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีครั้งนี้ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานร่วมกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ/ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง/ การจัดการรายกรณี



The development model of severe traumatic brain injury: Case management study

Anchalee Sopon* Phadoongsit Chumnanborirak** Praivan Promtee***

Surakrant Yutthakasemsunt**** and Oratai Pochaisan*****

Abstract

Purpose: To develop and evaluate the implementation of case management model for severe traumatic brain injuries patients.

Design: Research and development

Method: The study was divided into four phases, as follows: Phase I situation analysis; Phase II case management model development ; Phase III model implementation and Phase IV evaluation of the model. 60 participants were selected by purposive sampling, including multidisciplinary stakeholders, severe traumatic brain injuries patients, and their relatives. The tools used in data collection composed of medical records, group discussions, observations, and satisfaction forms. The quantitative assessment of the research tools for content validity was performed by five experts and Cronbach's alpha coefficient was obtained. Additionally, in terms of quality, observational group discussions, in-depth interview was assessed for content validity by considering the language and content coverage by experts as well as inter-rater reliability by Cohen's kappa coefficient.

Results: The outcome of the study was demonstrated, as follows. First, the analysis of the management of patients with severe traumatic brain injury revealed that the key indicators in service included the average waiting time for the computerized tomography of 95 minutes

* Master of Education Program in Educational Psychology and Counseling

** Instructor of Nursing Srimahasarakham Nursing College

*** Master of Nursing Science (MNS) Nursing Administration

**** Doctor of Medicine (Ph.D.), Doctor of Philosophy (Ph.D.) in Clinical Science, of Surgery and Neurosurgery

***** Master of Nursing Science Program in Adult Nursing



and the average duration of stay in the hospital was six days. In terms of performance, nurses could not provide continuous care for the patients, and there were errors in patient referral and coordination with the multidisciplinary team. Moreover, there lacked an activity in with the team can resolve the problem together. Secondly, the development of the model showed that a working group was formed to develop the model as well as a professional nurse in the ward to care for patients with severe traumatic brain injury by using case management. In addition, 11 evidences based practice were used to draft a clinical nursing practice guideline, where the content validity index was of 0.91 and reliability was of 0.86. Thirdly, implementation of the model displayed the average waiting time for the computerized tomography of 58 minutes and the average duration of stay in the hospital was five days. The patients did not have any complications and the management of patients with severe traumatic brain injury was performed at every step. Lastly, the evaluation of the model exhibited the satisfaction of the multidisciplinary team at highest ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.34$) and the satisfaction of the patients' relatives at highest ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.24$). The nurses had clear procedure of practice, confidence in providing patient care as well as concrete approach at work.

Conclusion: The development model for the care of patients with severe traumatic brain injury by case management provides an evident and concrete approach in working with the multidisciplinary team.

Keywords: Development of service system/ Severe Traumatic Brain Injury/ Case Management

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะพยายามกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว แต่จำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี ดังสถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้บาดเจ็บ 79,614 ราย เสียชีวิต 4,571 ราย โดยสมองเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุด ถึงร้อยละ 29 แบ่งเป็นการบาดเจ็บระดับรุนแรง ร้อยละ 8.8 บาดเจ็บระดับปานกลางร้อยละ 5.1 และบาดเจ็บระดับเล็กน้อย ร้อยละ 86.1 (Bureau of Epidemiology, 2013)

การบาดเจ็บที่สมอง นอกจากทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความบกพร่องในด้านการรู้คิด มีอาการผิดปกติด้านร่างกายโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว มีปัญหาด้านจิตใจ/อารมณ์และพฤติกรรมแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สมองยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการเข้าสังคมและประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยสำหรับสถานการณ์ผู้บาดเจ็บที่สมองซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ใน พ.ศ.2556-2558 จำนวน 1,863, 1,895 และ 2,214 ราย เสียชีวิต 241, 207 และ 220 ราย และแยกเป็นผู้บาดเจ็บที่สมองระดับ



รุนแรง 457, 455 และ 363 รายและเสียชีวิต 179, 162 และ 128 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36 (Khon Kaen Hospital, 2016) โรงพยาบาลขอนแก่นได้นำคู่มือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 โดยในคู่มือประกอบด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองระดับรุนแรง ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองและการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 ชั่วโมง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูต่อเนื่อง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ยังพบว่า การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ไม่เป็นไปตามคู่มือดังกล่าว ยังคงขาดผู้ประสานงานหลักในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การประสานงานในการทำ CT scan ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วย จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน 2559 จำนวน 30 คน พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ใช้เวลาเฉลี่ย 95 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว (Pochaisan, Personal communication, May 22nd, 2016)

การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากร สหสาขาวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการตั้งผลลัพธ์การดูแล เพื่อเป็นตัวควบคุมการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัด มุ่งเน้นการจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลถึงการ ลดค่าใช้จ่าย เกิดความสะดวก และรวดเร็ว อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่แผนการดูแลที่กำหนด (Srinakhon, Gatesumpun, Thana, & Nitayangkul, 2000) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมุ่งเน้นที่การประสานจัดการให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการและการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(Cary, 2014)

เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบเดิมไม่ว่าจะเป็นการรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นราย (Case method) การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional method) หรือแม้แต่วิธีระบบการพยาบาลแบบทีม (Team method) ล้วนแต่มีข้อจำกัดในการให้บริการทางการพยาบาล ที่เห็นได้อย่างชัดเจนก็คือ ไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจำกัดอยู่เฉพาะในเวร มุ่งเน้นการทำงานให้เสร็จทันเวลาตามหน้าที่ ขาดการติดต่อสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการและการบำบัดรักษาที่ซ้ำกว่าที่ควร ทำให้การฟื้นฟูช้า จำนวนวันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบเดิมไม่ได้ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากพยาบาลไม่รู้จักรักผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Cary, 2014)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง ด้วยการประยุกต์ใช้การจัดการรายกรณี โดยพยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (Nugent, 1992) โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway และแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล คงไว้ซึ่งคุณภาพ และลดระยะเวลาการคอยลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอนลง (Ward-Evan, Hodges, & Smith, 1991)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ภายหลังการใช้การจัดการรายกรณี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลขอนแก่น

2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด กลุ่มละ 8-10 คน ประสพการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไปโดยเลือกแบบเจาะจง

2.2 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง สหสาขาวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล จำนวน 30 คน

2.3 กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษา และทดลองปฏิบัติการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คนโดยเลือกแบบเจาะจง

2.4 กลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ที่ได้รับความยินยอมจากญาติในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

2.5 กลุ่มญาติผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง จำนวน 30 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัยแบ่งเป็นระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน 2559 – กันยายน 2559

1.2 สนทนากลุ่มกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

1.3 การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล

แบบมีส่วนร่วมเพื่อทราบปัญหาอุปสรรค ขั้นตอนในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

1.4 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อผู้เกี่ยวข้อง และระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาลงและร่วมกันศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 8 คน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง สหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลา 1 วัน

2.3 การตรวจสอบคุณภาพร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี จากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง ด้านการพยาบาลระบบประสาทและสมอง และด้านเนื้อหาของความถูกต้องของแนวปฏิบัติ จำนวน 5 คน

2.4 การปรับปรุงแก้ไขร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ให้มีความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ

2.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้งใช้เวลา 1 วัน เรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยมีผู้ร่วมประชุมประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ทราบขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยการจัดการรายกรณี

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ซึ่งประกอบด้วย 9 หมวด ได้แก่



หมวดที่ 1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับ หมวดที่ 2 การพยาบาลป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หมวดที่ 3 การประเมินบาดแผลและความปวดการพยาบาลบรรเทาความเจ็บปวด หมวดที่ 4 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมวดที่ 5 การรักษาอุณหภูมิร่างกาย หมวดที่ 6 การป้องกันการพลัดตกเตียง หมวดที่ 7 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หมวดที่ 8 การดูแลบันทึกน้ำเข้า-ออก และ หมวดที่ 9 การประสานงานกับแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน โดยจัดประชุมชี้แจงขั้นตอนและวิธีการในการใช้นโยบายปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทุกคนทดลองใช้นโยบายปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง จำนวน 30 คน

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายการณี รายละเอียด ดังนี้

ก. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ข. ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย

ค. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสอบถามความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เห็นการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ง. ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนาร่วมกัน สรุป อภิปรายผลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและแนวความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายการณี

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

ซึ่งประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลขอนแก่น อาจารย์พยาบาลที่สอนหลักสูตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยศรีมหาสารคาม มีรายละเอียดดังนี้

4.1 แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระยะเวลา นับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง การเสียชีวิต ญาติ/ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง การเกิดแผลกดทับ การเฝ้ารอภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและ การรายงานแพทย์เมื่อมีภาวะสมองบวมภายใน 4 นาที

4.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายการณี มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามชุดนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอรันบาค เมื่อนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.86

4.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายการณี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจใน



ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามชุดนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มญาติที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

4.4 การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4.5 แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีเป็นแบบประเมินจำนวน 20 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข หาค่าความเที่ยง (Inter-rater Reliability) เท่ากับ 0.81

4.6 แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) ของคณะกรรมการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเซนต์จอร์จ และได้รับการแปลโดย Thongchai (2004) 23 ข้อ แต่ละข้อจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาเฉพาะ การประเมินแบ่งเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อของ AGREE หรือรายงานไว้ไม่ดี คะแนนระดับ 2 ถึง 6 เมื่อรายงานของหัวข้อต่างๆ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด คะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงาน โดยคะแนนในแต่ละ

หมวดควรได้มากกว่าร้อยละ 60

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของโรงพยาบาลขอนแก่นวันที่ 15 กันยายน 2559 เลขที่จริยธรรมวิจัย KE 59071 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้หากไม่สะดวก

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเดือน เมษายน 2559 – กันยายน พ.ศ. 2559 จำนวน 30 คน พบว่า อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51 ปี ระยะเวลารอทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ใช้เวลาเฉลี่ย 95 นาที มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง 20 คน ไม่ได้รับการผ่าตัด 10 คน ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6 วัน ส่วนการจำหน่ายผู้ป่วย มีผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านและระดับความรู้สึกตัว 11-15 คะแนน จำนวน 4 คน สามารถส่งกลับโรงพยาบาลกลับบ้านได้ ระดับความรู้สึกตัว 6-7 คะแนนจำนวน 10 คน และเสียชีวิตในโรงพยาบาล 16 คน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 61,314 บาท ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลพบในด้านการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การจัดทำแผนให้อยู่ในระดับ 30 องศา การบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย การรักษาอุณหภูมิร่างกายให้ใกล้เคียงปกติ และการรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติ ส่วนด้านการบรรเทาความเจ็บปวดไม่พบการปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันการพลัดตกหกล้มปฏิบัติ 12 คน การป้องกันแผลกดทับปฏิบัติ 12 คน ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีนักกายภาพบำบัดเข้ามาฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย 4 คน ส่วนพยาบาลที่มึนดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



จากการสนทนากลุ่ม พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้ 1) ด้านพื้นฐานการจัดการ อาทิ ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงาน ไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ 2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน อาทิ ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีภาระงานมาก ไม่มียุทธศาสตร์ติดตามประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม 3) ด้านการมีส่วนร่วม อาทิ ผู้ป่วยและญาติยังไม่มียุทธศาสตร์ในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ร่วมกับสหวิชาชีพ

ระยะที่ 2: ระยะนี้ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน

2.2 จัดประชุมระดมความคิดเห็น และร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือจำนวน 11 เรื่อง จากนั้นนำไปให้ทีมสหวิชาชีพประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 87.50 และระดับมากร้อยละ 12.50 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัย ได้ค่าขอบเขตและ

วัตถุประสงค์ร้อยละ 82.16 การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 78.20 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 73.95 ความชัดเจนและการนำเสนอ ร้อยละ 75 มิติด้านการประยุกต์ใช้ร้อยละ 83.30 ความเป็นอิสระในการเขียนร้อยละ 92.20 จากนั้นทีมงานปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้เป็นแนวปฏิบัติฯ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี มีกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 9 หมวด

2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ได้ข้อสรุปดังนี้ 1) การใช้รูปแบบและแนวทางปฏิบัติ ต้องมีการทำความเข้าใจและนำไปใช้ได้จริง 2) ให้ลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุงยากในการปฏิบัติงาน 3) ให้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี 4) ให้มีระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ 2 เดือน และประเมินผลหลังจากทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

3.1 ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีจำนวนผู้ป่วย 30 คน สามารถลดระยะเวลาการทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ลดระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล และสามารถลดค่ารักษาพยาบาลลงได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยรอการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล, และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	95 นาที	58 นาที
ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล	6 วัน	5 วัน
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย	61,314 บาท	46,519 บาท

3.2 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการ

รายกรณี จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติครบทั้ง 9 หมวด ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
การประเมินผู้ป่วยแรกรับ	30 (100.00)	30 (100.00)
การพยาบาลป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	27 (90.00)	30 (100.00)
การประเมินบาดแผลและความปวด	20 (66.67)	30 (100.00)
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	21 (70.00)	30 (100.00)
การรักษาอุณหภูมิร่างกาย	18 (60.00)	30 (100.00)
การป้องกันการพลัดตกเตียง	14 (46.67)	30 (100.00)
การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	16 (53.33)	30 (100.00)
การดูแลบันทึกน้ำเข้า-ออก	20 (66.67)	30 (100.00)
การประสานงานกับแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ	30 (100)	30 (100.00)

ระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน พบว่าบุคลากรสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการให้บริการตามรูปแบบการจัดการรายกรณี ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$, $SD = 0.30$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	แปลผล
วางแผนและกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงาน	4.90	0.30	มากที่สุด
ทำงานร่วมกัน	4.87	0.43	มากที่สุด
สามารถติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	4.87	0.43	มากที่สุด
ความคล่องตัวในการทำงาน	4.83	0.37	มากที่สุด
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.83	0.37	มากที่สุด
การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.87	0.43	มากที่สุด
โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาการทำงานร่วมกัน	4.83	0.37	มากที่สุด
ประเมินผลและร่วมกันทบทวนการทำงานเมื่อเสร็จสิ้นทุกครั้ง	4.87	0.43	มากที่สุด
พึงพอใจในการให้บริการตามรูปแบบการจัดการรายกรณี	4.90	0.30	มากที่สุด
ภาพรวม	4.87	0.34	มากที่สุด



4.2 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.24$) ดังแสดงในตารางที่ 4

4.3 การสังเกตการณ์การปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมด 9 หมวด และมีการประสานงานกับ

สหวิชาชีพร่วมเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4.4 จากการสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนา พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมมาก สามารถลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุ่งยากให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.83	0.37	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.76	0.55	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการ ชัดเจน	4.50	0.76	มาก
สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อบริการต่างๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	4.83	0.37	มากที่สุด
ความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อรักษา	4.63	0.65	มากที่สุด
การจัดลำดับขั้นตอนการบริการตามสภาพการเจ็บป่วย	4.83	0.37	มากที่สุด
การดูแลเอาใจใส่และการมีจิตสำนึกในการให้บริการ	4.83	0.37	มากที่สุด
แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	4.93	0.24	มากที่สุด
แพทย์มีความสนใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.93	0.24	มากที่สุด
พยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.83	0.37	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.93	0.24	มากที่สุด

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี พบว่า

1. ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยประยุกต์ใช้การจัดการรายกรณี สิ่งสำคัญที่ควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ การประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท และการประเมินความเสี่ยง เป็นการลดภาวะแทรกซ้อน

ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Panthong , 2013) การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะทำให้สามารถตัดสินใจในการให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม

2. ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ไปใช้พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง การพยาบาล



มีความครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยโดยประเมินได้จากกิจกรรมทั้ง 9 หมวด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย (Newberry, 2003) อีกทั้งสามารถลดระยะเวลาและแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรได้มาตรฐานมากขึ้น (Khiewchaum, 2015)

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ มีความคิดเห็นว่า การนำไปใช้ในหน่วยงาน มีความเหมาะสมกับบริบทและแนวปฏิบัติมีความง่ายสะดวกในการใช้เป็นแนวทางป้องกัน และลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Laptavee, 2013) โดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นแนวปฏิบัติงาน (Panthong, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม มีทีมพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างดี และมีเอกสารคู่มือต่างๆ สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ผลของการนำระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ด้านผู้ป่วยเบาหวาน/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลเบาหวานในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.43$) มีพฤติกรรมสุขภาพภายหลังให้การดูแลและคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนให้คำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ด้านผู้ให้บริการ พยาบาล

วิชาชีพเห็นด้วยกับระบบในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.42$) และปฏิบัติตามระบบในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.63$) (Phosritong, Maneesilp, Podhipak, & Chonbodeechalermrung, 2012) การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีศึกษา อย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว (Atatanuchit, Sae-Sia, & Songwathana, 2000) และการพยาบาลต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม พฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกโกรธ กลัวหวาดระแวง อันทำให้เกิดความไม่แน่นอนตามมา มีความวิตกกังวล (Srisuwattanasakul, 1999) ทำให้การพยาบาลและการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยประยุกต์ใช้การจัดการรายกรณีไปใช้ ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับเรื่องการประเมินและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าใจของพยาบาลให้สามารถใช้แนวปฏิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการ และพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้



รายการอ้างอิง

- Atatanuchit, S., Sae-Sia, W., & Songwathana, P. (2000). *Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Initial Assessment among Multiple Injured Patients Admitted in Trauma Units*. Princess of Naradhiwas University Journal, 2(2), 16-28.
- Bureau of Epidemiology. (2013). *Accident information in Thailand 2556*. Nonthaburi: Office of Bureau of Epidemiology. National statistic office Ministry of information and communication technology.
- Cary, A.H. (2014). *Public health nursing: population-Centered health care in the community*. Missouri : Elsevier Mosby Missouri : Elsevier Mosby.
- Khiewchaum, R. (2015) . The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent and Reduce Increased Intracranial Pressure in Patients with Traumatic Brain Injury for Nursing Students. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. Chantaburi, 26 (2), 120-134.
- Khon Kaen Hospital. (2016). *Report of Brain Injury Patient in 2013 -2015*. Khon Kaen : Medical Information Management of Khon Kaen Hospital.
- Laptavee, B. (2013). *Factors related to complications of patient with moderate to severe head injury in hospitalized at Thammasat University Hospital*. Pathum Thani Province : Thammasat University Hospital.
- Newberry, L. (2003). *Emergency Nursing Principle and Practice*. Philadelphia: Mosby.
- Nugent, K.E. (1992). The clinical nurse specialist as case manager in a collaborative practice model : Bridging the gap between quality and cost of care . *Clinical Nurse Specialist*, 6(2), 106-111.
- Panthong, W. (2013). The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Assessment of Mild Head Injury Patients in Emergency Room. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. Chanthaburi, 24 (1), 20-33. Thammasat University.
- Phosritong, W., Manesilp, T., Podhipak, P., & Chonbodeechalermrung, N. (2012). The Development of Diabetes Care System : a Case Management Model at Saraburi Hospital. *Journal of Nursing Division*, 39(2), 79-89.
- Pochaisan, O. *Personal communication*, May 22nd, 2016.
- Sririnakhon, R., Gatesumpun, Y., Thana, P., and Nitayangkul, S. (2000). *Case management 2th National forum on Hospital Accreditation*. Bangkok: J.S. Printing.
- Srisuwattanasakul, B. (1999). *Coping with uncertainty in patients before open heart surgery*. Thesis Nursing science Adult Nursing. Mahidol University.
- Thongchai, C. (2004). *The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE*. Chiang Mai University.
- Ward-Evans, S., Hodges, L.C., and Smith, J. (1991). A new role for neuroscience nurse: The case manager. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(4), 256-260.