

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สมพร พงษ์ทวีศักดิ์* ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม** สุมณา ยวดยง***

บทคัดย่อ

บทนำ : สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความพิการและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย : 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี และ 2) ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา มี 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนเวชระเบียน และสนทนากลุ่ม 2) พัฒนารูปแบบโดยสังเคราะห์ผลจากระยะที่ 1 ร่วมกับการใช้การจัดการรายกรณีและแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ทดลองใช้รูปแบบการดูแล 4) นำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินผล ตัวอย่าง ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพ 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 40 คน ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงและผู้ดูแลกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความคิดเห็นพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบบประเมินความพึงพอใจ สหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล และบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ภายหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้มากที่สุด ($M = 120.27$, $SD = 3.87$), ($M = 4.51$, $SD = 0.44$) ตามลำดับ สหสาขาวิชาชีพพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.30$) ผู้ดูแลพึงพอใจมาก ($M = 4.48$, $SD = 0.30$) และผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ภาวะแทรกซ้อนลดลง

สรุปผล : การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี และแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนลดลง

คำสำคัญ : การพัฒนาการดูแล สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, E-mail: qaicuspnk@hotmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Development of care for patients with moderate to severe traumatic brain injury at Pranangklaao Hospital

Somporn Plucktaweesak* Yupawan Thongtanunam** Sumana Yuadyong***

Abstract

Background: Moderate to severe brain injury is a leading cause of injury-related death and disability.

Objectives: The aim was to develop a care model for moderate to severe trauma patients using case management and to evaluate the effect of the model.

Methods: This research and development study included 4 phases, including to: 1) analyzing the situation using a review of medical records and conducting focused groups, 2) development of care by synthesizing the results from phase 1 by using case management and nursing practice guidelines, 3) testing the tentative model, and 4) implementing and evaluating the results. The sample consisted of a 12-person multidisciplinary team, 40 registered nurses, 30 patients with moderate to severe brain injury and caregivers. The data were collected using the following questionnaires: knowledge related of nursing care of traumatic brain injury, nursing performance in accordance with the care model, satisfaction of multidisciplinary staff and caregivers, and a record of clinical outcomes. Data were analysed with descriptive statistics and Paired t-tests, whereas qualitative data were analysed using content analysis.

Results: After using the development of care model for patients with moderate to severe traumatic brain injury, the level of knowledge among nurses was significantly higher significant ($p < .01$). The nurses were able to perform and agree in accordance with the care model at highest level ($M = 120.27$, $SD = 3.87$), ($M = 4.51$, $SD = 0.44$), respectively, and were most satisfied with the model implementation ($M = 4.68$, $SD = 0.30$). The caregivers' satisfaction was at high level ($M = 4.48$, $SD = 0.30$). The clinical outcomes revealed that complications had decreased.

Conclusions: Caring for patients with moderate to severe brain injury using case management and nursing practice guidelines can reduce mortality and the incidence of complications.

Keywords: development of care, moderate to severe traumatic brain injury

*Nurse Pranangklaao Hospital, E-mail: qaicuspnk@hotmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

***Nurse Pranangklaao Hospital

บทนำ

สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพในสมอง จากแรงกระทบจากภายนอก ผู้ป่วยอาจสูญเสียความรู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการสูญเสียความจำ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจในขณะเกิดเหตุ ทำให้เกิดความผิดปกติชั่วคราวหรือถาวรทั้งทางร่างกาย การรู้คิด เซอร์วิชั่น และการทำหน้าที่ในสังคม มีอุบัติการณ์ พบว่า อัตราตายคิดเป็น 36.20 ต่อ 100,000 ประชากร¹ โดยสาเหตุเกิดจากได้รับบาดเจ็บจากการจราจรมากที่สุด² จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บประชากรทั่วโลกราว 20-50 ล้านคนบาดเจ็บจากจราจร ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกสูงถึง 518 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และเสียชีวิตราว 1.25 ล้านคนต่อปี³

ประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และสูงเป็นอันดับแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวน 660,888 ราย เสียชีวิต 11,389 ราย ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 831,118 ราย เสียชีวิต 9,815 ราย และปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,002,193 ราย เสียชีวิต 15,256 ราย และพบว่า อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ขับขี่โดยไม่ได้สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราร้อยละ 36.96⁴ ทำให้เกิดสมองบาดเจ็บมากที่สุด ร้อยละ 51.10 เกิดความพิการร้อยละ 4.60 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล⁵ จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่อยู่ในเขตปริมณฑล มีการเดินทางสะดวกเชื่อมต่อกับหลายจังหวัด สถิติการเกิด

อุบัติเหตุทางจราจร พบว่า ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 3,496 ราย เสียชีวิต 186 ราย ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 3,974 ราย เสียชีวิต 169 ราย และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 4,489 ราย เสียชีวิต 162 ราย⁶ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงมีระดับ Glasgow coma scale (GCS) 3-8 คะแนนเนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมองและสมองบวมร้อยละ 56 รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลาง (GCS) 9-12 คะแนน ซึ่งหากมีอาการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน ไม่ได้รายงานแพทย์ทันที และได้รับการดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระดับรุนแรงและทำให้เสียชีวิตได้

บริบทโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 515 เตียงให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกประเภท และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี และจังหวัดใกล้เคียง สถิติการรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวน 546,615 และ 556 ราย ตามลำดับ อัตราการตายร้อยละ 19.78, 12.36 และ 16.19 ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัด 71, 45 และ 63 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 165, 166 และ 142 ราย ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 49.70, 36.75 และ 38.03 ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 50.00 เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง ได้รับการผ่าตัด จำนวน 63, 39 และ 57 ราย ตามลำดับ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ มีการติดเชื้อเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator association pneumonia: VAP) พบอัตราการติดเชื้อ 5.79,

15.74 และ 12.95 ต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร้อยละ 4.35, 6.67 และ 11.59 ตามลำดับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 8.82, 10.72 และ 11.94 ต่อ 1000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ อัตราการเกิดแผลกดทับ 3.21, 5.07 และ 7.51 ต่อ 1000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน และไม่ได้รายงานแพทย์ทันทีจำนวน 14, 17 และ 9 ครั้งตามลำดับ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 17, 19 และ 15 วันตามลำดับ⁷ จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า มีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือด จากแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และทบทวนในปี พ.ศ. 2554 โดยใช้แนวทางของราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย และมาตรฐานการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อมูลผลการดูแลที่ผ่านมา พบว่ายังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาในเรื่องของการประสานงานและการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ วางแผนการดูแลผู้ป่วยประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ การติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด⁸ ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงอย่างมีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดี

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณีเนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีความรู้ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ นอกจากนี้ยังได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ อีกทั้งได้มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

สถานที่วิจัย ได้แก่ หออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จากหออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรม 23 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 17 คน จำนวน 40 คน บุคลากรสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน ได้แก่ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีจำนวน 7 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ประสาทวิทยา และประสาทศัลยศาสตร์ ปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างน้อย 3 ปี ประสาทศัลยแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคม ผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงไม่มีบาดเจ็บร่วมที่ทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ไม่มีการขาดเจ็บช่องอก ช่องท้อง และภาวะสมองตาย และผู้ดูแลกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พัฒนาโดยผู้วิจัยและผู้จัดการรายกรณี ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

2.1 ด้าน ผู้ให้บริการ ได้แก่ แบบทดสอบปรนัยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 24 ข้อ ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC

เท่ากับ .67-1.00 หาความเที่ยงโดยวิธี KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง และแบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 67-1.00 หาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคได้เท่ากับ .93 และ .81 ตามลำดับ

2.2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 หาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .79 และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ 6234 ลงวันที่ 24 กันยายน 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงให้ตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระต่อการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ (1 พฤษภาคม 2562 ถึง 31 มีนาคม 2563) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (พฤษภาคม-มิถุนายน 2562) ดำเนินการศึกษา

ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมอง บาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้การทบทวน เวย์ระเบียบผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึง รุนแรงย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง ได้แก่ เวย์ระเบียบผู้ป่วยในที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป และจำหน่ายในเดือน มกราคม- มีนาคม 2562 จำนวน 30 ฉบับ และดำเนินการ สหราชอาณาจักรระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยสาขา ศัลยกรรมประกอบด้วย ประสาทศัลยกรรม แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หัวหน้าหออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และพยาบาล วิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวมทั้งสิ้น 7 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง (กรกฎาคม 2562-กันยายน 2562) ดำเนินตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ โดยพบประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ การ ขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปาน กลางถึงรุนแรง และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ไม่เป็นปัจจุบัน โดยพบว่า การเฝ้าระวัง และ ติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมระดมสมองทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลาง ถึงรุนแรงอย่างเป็นขั้นตอน แต่งตั้งพยาบาล วิชาชีพผู้จัดการรายกรณีจำนวน 7 คน เป็นตัวแทน ในการร่วมทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนวรรณกรรม โดย สืบค้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปาน กลางถึงรุนแรงและพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาล ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดระดับความน่าเชื่อถือ (level of evidence) รวมทั้งนำข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) ตามแนวทางของสถาบันโจ แอนนาบริกส์⁹ (The Joanna Briggs Institute) ได้หลักฐานผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในการนำมา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมอง บาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงใช้หลัก PICO (Population, intervention, comparison, Outcome) framework จำนวน 10 ฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยและทีมร่วมสหสาขา กลุ่มสาขาศัลยกรรม และจัดอบรมพยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติ พัฒนาคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย สมองบาดเจ็บ ได้นำเสนอรูปแบบการดูแลและ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 **ขั้นตอนที่ 5** ทดลองใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีและทดลองใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล (ตุลาคม 2562) ตัวอย่าง 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 **ขั้นตอนที่ 6** ประเมินผลการนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลาง ถึงรุนแรงที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง (พฤศจิกายน 2562-มีนาคม 2563) ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของกลุ่ม สหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแล ประเมิน ความรู้ ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นา แนวปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ดูแล และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการสรุปประเด็นและตีความ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในช่วง 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2562 จำนวน 30 รายพบว่า ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 40.2 ปี ($M = 40.2$, $SD = 17.72$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 30.00 การปฏิบัติการพยาบาล ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบพบว่า การประเมินระดับความรู้สีกตัว (GCS) ไม่ถูกต้องตรงกัน การจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาไม่ได้ตามที่กำหนด การดูแลระบบหายใจไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน การจัดการเรื่องไข้และการจัดการความปวดไม่มีเครื่องมือประเมินชัดเจน การฟื้นฟูสมรรถภาพล่าช้าไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพเวชกรรมสังคมไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลลัพธ์คุณภาพบริการ พบว่ามีอุปสรรคการณ์การประเมินระดับความรู้สีกตัว

GCS ลดลง ≥ 2 คะแนนที่ไม่ได้รายงานแพทย์ทันที เกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเรื่องของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราตาย

การสนทนากลุ่มบุคลากรสาขาศัลยกรรม พบประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่เป็นปัจจุบัน การปฏิบัติการพยาบาลมักทำตามประสบการณ์ และให้บริการสุขภาพไม่ตรงกันระบบการดูแล การเฝ้าระวัง และติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน อีกทั้งยังมีการขยายเตียงรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีภาระงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีผู้ประสานงานหลักระหว่างบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ DMETHOD-P แต่พยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ได้รูปแบบการดูแลที่มีการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน โดยเน้นการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย และ

จิตใจ ครอบคลุมการดูแลทั้งในระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลัก กับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนจำหน่าย เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ 11 หมวดดังนี้ หมวด 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีได้ทำการสอนและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการประเมิน GCS ให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ฝึกทักษะการประเมิน GCS ให้ถูกต้อง เมื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์ทันที หมวด 2) การพยาบาลระบบหายใจ มีการยืดตึงท่อช่วยหายใจและเผื่อระยะวังเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่างใกล้ชิด และวัดความดันของถุงลมท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) ทุกเวร ใส่ท่อเปิดทางเดินหายใจทางปาก (oropharyngeal airway) ทุกราย ดูแลให้ O_2 100 % ก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง จัดวางสายเครื่องช่วยหายใจในระดับสูงขึ้น เพื่อป้องกันการไหลย้อนของเสมหะ และไม่ให้มีละอองน้ำในสาย มีการลงบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน เช่น การบันทึกขนาดและตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ปริมาตรลมใน cuff pressure โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำการตรวจสอบข้อมูลทุกเวร หมวด 3) การพยาบาลภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา โดยมีการวัดระดับองศาให้ได้ตามเกณฑ์ ติดตามควบคุมความดันโลหิต และให้ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะตามแผนการรักษา หมวด 4) การดูแลแผลผ่าตัดที่มีสายท่อ

ระบาย โดยยึดติดไว้ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ให้มีการเลื่อนหลุด ไม่นอนทับบริเวณแผล สังเกตลักษณะของ flap แผลผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกใน Radivac drain > 200 ซีซีต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที หมวด 5) การจัดการความปวด ได้นำมาตรวัดพฤติกรรมความปวด (Behavior Pain Assessment Scale) มาใช้ ทำให้สามารถประเมินได้ถูกต้องตรงกัน และให้การดูแลโดยให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา หมวด 6) การพยาบาลลดไข้ วัดอุณหภูมิทุก 4 ชม. ได้จัดหาเจลเย็นเพิ่ม เพื่อใช้ในการประคบบริเวณศีรษะและคอ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหนาวสั่น และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา หมวด 7) การดูแลสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ดูแลผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา หากมีค่าความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที และมีการบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกทุกเวร หมวด 8) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ มีแนวทางการประเมินภาวะโภชนาการบกพร่อง โดยประสานงานกับโภชนบำบัดของโรงพยาบาล ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางภายใน 24-48 ชั่วโมง หมวด 9) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้การดูแลป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP bundle care) การดูแลสายสวนปัสสาวะสามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ทันทีที่ไม่จำเป็นต้องใส่ การเกิดแผลกดทับ ประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล หมวด 10) การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบให้การดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลอาการ แผนการรักษา และเมื่อ

ญาติต้องการพบแพทย์ให้ดำเนินการพบแพทย์ทันที และหมวด 11) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพได้ประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ติดตามนักกายภาพบำบัดให้การดูแลต่อเนื่องเช่น การบริหารป้องกันกดแผล การออกกำลังกายโดยมีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (passive exercise) และการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD-P ซึ่งประกอบด้วย D = Diagnosis เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M = Medication การแนะนำการใช้ยาที่ได้รับ E = Environment เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย T = Treatment หมายถึง แผนการรักษา H = Health เป็นการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ O = Out patient หมายถึง การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน กรณีภาวะฉุกเฉิน D = Diet หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และ P = Psychological supports เป็นการดูแลด้านจิตใจ และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว โดยหออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี

ได้ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการเตรียมผู้ดูแลให้มีการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย 1 สัปดาห์ก่อนกลับบ้าน และมีการประเมินผลว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามที่กำหนด ทั้งนี้ได้มีการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบในการประชุมสาขาศัลยกรรมประจำเดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ และเหมาะสมในการนำไปใช้จริงต่อไป

ส่วนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง การประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการแบ่งได้เป็น 3 ด้าน

3.1 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงก่อนและหลังพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนา $M = 14.28$, $SD = 2.78$ และหลังพัฒนา $M = 18.25$, $SD = 2.51$ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนา (N=40)

คะแนนเฉลี่ยของความรู้	M	SD	t	p
ก่อนพัฒนา	14.28	2.78	14.516	.000*
หลังพัฒนา	18.25	2.51		

* $p < .01$

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลระดับมากที่สุด ($M = 120.27$, $SD = 3.87$) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = 0.44$) และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน มีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ไปใช้ระดับมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.30$)

3.2. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระดับมากที่สุด ($M = 4.48$, $SD = 0.30$)

3.3. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราตายลดลง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนารูปแบบโดยใช้การจัดการรายกรณี และ
นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงไปใช้ (N=30)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
1. อุบัติการณ์การประเมิน GCS ลดลง ≥ 2 คะแนนที่ไม่ได้รายงานแพทย์ทันที	6 ครั้ง	2 ครั้ง
2. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)	17.02:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	5.03:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	ร้อยละ 7.41	ร้อยละ 2.53
4. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	17.93:1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ	0:1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ
5. อัตราการเกิดแผลกดทับ	5.81:1000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง	1.44:1000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง
6. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	12.4 วัน	11.0 วัน
7. อัตราตาย	ร้อยละ 36.67	ร้อยละ 26.67

อภิปรายผล

ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำข้อมูลสถานการณ์การดูแลจากบริบทของการปฏิบัติงาน มาใช้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน และตรงตามประเด็นปัญหาของหน่วยงาน เนื่องจากการจัดการรายกรณีได้เน้นกระบวนการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้คุณภาพของผลลัพธ์บริการดูแลต่อเนื่องดีขึ้น⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำปัญหาสมรรถนะการดูแลและการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการปรับปรุงงาน โดยมีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสาขา ศัลยกรรม และเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ทราบขั้นตอนกระบวนการดูแลที่ถูกต้อง ชัดเจน และพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานหลัก

ซึ่งเป็นโครงสร้างใหม่ในทีมให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องทำให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสม มีโครงสร้าง และกระบวนการที่ชัดเจนสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย และความต้องการของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยอ้างอิงบนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน⁹

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงไปใช้ โดยใช้การจัดการรายกรณี ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ดีทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการมีความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากได้มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก

แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นมาตรฐานชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีความครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีในแต่ละหอผู้ป่วยทำการติดตามกำกับกับการปฏิบัติควบคุมดูแล และเป็นที่ปรึกษาในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ด้านผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน ผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลอาการและแผนการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งได้พบกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์คุณภาพบริการทางคลินิกพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ส่งผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายลดลง จากผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การศึกษาของอัญชลี โสภณและคณะ¹⁰ พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกในการนำมาใช้เป็นทิศทางเดียวกัน บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏกณันท์ ยุวดี และคณะ¹¹ พบว่า ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางที่กำหนดได้มากกว่าร้อยละ 80.00 พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก และผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด

ร้อยละ 80.00 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์พร ชาวขมิ้น และคณะ¹² พบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมากผลลัพธ์ทางคลินิก ไม่พบการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่พบการเกิดแผลกดทับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยและอัตราการตายลดลง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แอน โไทยอุดม และนที ลุ่มนอก¹³ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ระดับมาก ร้อยละ 67.80

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย รวมถึงมีการนำไปใช้ในทิศทางการให้บริการสุขภาพที่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ดี ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายลดลง

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลางถึงรุนแรงไปใช้อย่างต่อเนื่อง ติดตามผลเป็นระยะ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ดี

References

1. Phuenpathom N, Srikijsilaikul T, editors. Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury. 3rd rev. ed. Bangkok: Royal College of Surgeons of Thailand. 2019. (in Thai).
2. Roozenbree B, Mass AIR, Menon DK. Changing patterns in the epidemiology of Traumatic Brain Injury. *Nat Rev Neurol*. 2013;9(4):231–6.
3. Maas AIR, Menon DK, Lingsma HF, Pineda JA, Sandel ME, Manley GT. Re-orientation of clinical research in traumatic brain injury: report of an international workshop on comparative effectiveness research. *J Neurotrauma*. 2012;29(1):32-46.
4. Road Safety Collaboration Thai RSC. Road Safety Collaboration for Road Accident Victims Protection 2019 [Internet]. [cited 2019 Nov 9]; Available form: <http://www.thairsc.com/p77/index/12>.
5. Helmy A, Vizcaychipi M, Gupta AK. Traumatic brain injury: intensive care management. *Br J Anesth*. 2007;99(1):32-42.
6. Division of Non Communicable disease Department of Disease Control Ministry of Public Health. Road safety situation 2019 [Internet]. [cited 2019 Feb 20]; Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/injured.pdf>.
7. Pranangklaio Hospital. Report of Brain Injury Patient in 2016-2018. Pranangklaio Hospital medical Information Management of Pranangklaio Hospital. 2018. (in Thai).
8. Kestsumpun Y. Case management. 2016 [Internet]. [cited 2016 Jul 13]; Available form: <http://www.tmchnetwork.com/node/152>.
9. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [Internet]. [cited 2019 Jul 13]; Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files2019-05JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
10. Sopon A, Chumnanborirak P, Promtee P, Yutthakasemsunt S, Pochaisan O. The development model of severe traumatic brain injury: Case management study. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2017;29(3):126-38. (in Thai).
11. Yuwadee N, Pudpong J, Wongwikkarn N, Jansook N. The Development of a Case Management Model for Patients with Multiple Trauma, Uthai Thani Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2019;9(3):280-95. (in Thai).
12. Chaokhamin T, Pearkao C, Pho-ong J, Phumchumsaeng P. Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Severe Traumatic Brain Injury at Surgical Intensive Care Unit in Saraburi Hospital. *Journal Nursing Division*. 2018;45(2):5-28. (in Thai).
13. Thaiudom A, Lumnok N. Development and Evaluation of Evidence-based Nursing Protocol for Patients with Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of The Royal Thai Army Nursing*. 2018;19(3): 107-16. (in Thai).