

**การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล
ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงแรก***
**Develops a nursing form information documented
in the patients with severe traumatic brain injury
in 48 hours**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2561

Volume 41 No.2 (April-June) 2018

ชัชฌาญ์ แพรขาว ป.ศ.**

Chatkhane Pearkao Ph.D.**

บทคัดย่อ:

การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงเป็นการวิจัยเชิงพัฒนากิจการพยาบาล วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการพยาบาล และ 2) ประเมินความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ทดลองใช้ การวิจัยและพัฒนา มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล 2) ออกแบบและพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล 3) การทดลองใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล 4) การประเมินผลและปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งทั้ง 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Soukup, 2000 กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ 15 คน และทดลองเก็บข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วย 10 ราย ระยะเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากแรกรับ เครื่องมือวิจัยคือแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมา มีความตรงตามเนื้อหา (CVI 0.80) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ทดลองใช้ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 100 และความเป็นไปได้ในการนำแบบฟอร์มการบันทึกมาใช้จริง ร้อยละ 100 โดยให้เหตุผลว่า การบันทึกช่วยให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ 1) ควรมีการอบรมให้ความรู้การใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลและติดตามผลลัพธ์การบันทึกอย่างต่อเนื่อง 2) ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกควรนำมาวิเคราะห์ผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการต่อไป

คำสำคัญ : หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง แบบบันทึกการพยาบาล

Abstract:

The purposes of this research and development were: 1) to develop a nursing form information documented in the patients with severe traumatic brain injury in first 48 hours. 2) satisfaction on a nursing form information documented by the registry nurse. The study consisted of 4 steps; 1) problems and needs study 2) nursing form information documentation designed and development 3) nursing form information documented tired 4) evaluation and improvement of nursing form that the evident base practices by Soukup (2000). The sample were 15 registered nurses and 10 traumatic brain injury patients in 48 hours after admit. The tools consisted of nursing form information documented (CVI 0.80) and the satisfaction evaluation.

*Research funding from Faculty of Nursing, KhonKaen University

**Assistants Prof. Faculty of Nursing, KhonKaen University

Results; 100 % nurses participated satisfaction on a nursing information documentation and 100 % on apply to record nursing intervention because develop to total nursing care. Conclusion; 1) the nursing form information documented must be trained and monitor information outcome. 2) data should be analyzed for further improvement.

keywords: evidence-based practice, severe traumatic brain injury, a nursing information documentation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุและการบาดเจ็บเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนและของประเทศไทย สถิติการเสียชีวิตจากการอุบัติเหตุและการบาดเจ็บสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็งและเนื้องอก จากสถิติในการเกิดอุบัติเหตุโดยรวมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551-2553 ทำให้มีผู้เสียชีวิต 34,851, 35,304, 32,861 รายตามลำดับ เฉลี่ยปีละ 55.1, 55.6, 51.6 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน นอกจากการเสียชีวิตแล้วยังมีอีกจำนวนมากที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹ การบาดเจ็บสมองรุนแรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและพิการที่สำคัญเกิดจากอุบัติเหตุ การถูกทำร้ายร่างกายและตกจากที่สูง² จากสถิติประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเข้ารับรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ ประมาณ 700,000 ครั้ง และต้องนอนพักรักษาตัวประมาณ 150,000 คน เสียชีวิตประมาณมากกว่า 10,000 ราย/ปี¹ โดยส่วนใหญ่พบการบาดเจ็บสมองในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 15-45 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง² ซึ่งอยู่ในวัยทำงานเป็นกำลังหลักของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ¹

การบาดเจ็บสมองเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต เพราะมีพยาธิสภาพซับซ้อนและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกลไกสรีระในทางไม่ดีต่อสัญญาณชีพ ศีรษะได้รับแรงกระทบจากภายนอกโดยมีแรงส่งผ่านจนถึงเนื้อสมองถูกทำลายและส่งผลอันตรายต่อเนื่องเยื่อสมอง^{3,4} ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาได้แก่ เนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ ภาวะไม่สมดุลสารน้ำและเกลือแร่ ใช้สูง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองบวม ส่งผลให้สมองขาดเลือดตามมาได้ถือว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต^{5,6}

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะไปทำลายสมองเพิ่มขึ้น⁷ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงมากจากภาวะแทรกซ้อนซึ่งสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 48⁸ และถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multi-organs dysfunction syndrome : MODS) และเสียชีวิตได้^{9,10} จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตและคุกคามต่อชีวิต การพยาบาลจึงมีความซับซ้อนและหัวใจสำคัญคือการสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง⁸ การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น การบันทึกทางการพยาบาลเป็นข้อมูลที่จะใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นประเด็นปัญหามาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตรุนแรงและซับซ้อน ซึ่งวิเคราะห์ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลออกได้ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) วิธี/รูปแบบการบันทึก และ 2) แบบฟอร์มที่ใช้บันทึก^{9,11} ประเด็นเรื่องวิธี/รูปแบบการบันทึกจะไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมด้วย จึงทำให้ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา และอาจมุ่งเน้นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมองมากกว่าปัญหาด้านกระดูกหักที่มีความสำคัญและอาจเป็นทางเปิดให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย นำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดได้ หรือบันทึกเฉพาะกิจกรรมที่ได้บัญญัติขาดความต่อเนื่อง การเขียนบันทึกไม่สะท้อนบทบาทพยาบาลหรือการใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนประเด็นแบบฟอร์มการบันทึก จากปรากฏการณ์ทางการพยาบาลผู้ป่วย

บาดเจ็บสมองรุนแรง พบว่ามีแบบฟอร์มในการบันทึกอยู่หลากหลายเป็นส่วนๆ ไม่เชื่อมโยงกัน ข้อมูลส่งต่อเพื่อความต่อเนื่องในการพยาบาลกระจัดกระจาย ผู้ป่วยต้องได้รับปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหลายระบบจึงอาจทำให้แพทย์เฉพาะทางไม่ได้รับข้อมูลจำเป็นของผู้ป่วยได้²

จากบริบทของผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บภาวะวิกฤต พบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง จากข้อมูลตัวชี้วัดและการทบทวนเวชระเบียน ปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงเข้ารับการรักษา อัตราเฉลี่ย 35-40 ราย/เดือน (เฉลี่ย 1-2 ราย/วัน) เสียชีวิต เฉลี่ย 7 รายต่อเดือน, มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา สาเหตุการเสียชีวิตเกิดทั้งจากภาวะที่ป้องกันได้ (preventable dead) และภาวะที่ป้องกันไม่ได้ (non-preventable dead)¹³ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องการการตอบสนองให้ครอบคลุมทุกมิติและได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ¹² พยาบาลต้องมีความรู้ลึกซึ้งในพยาธิสภาพการบาดเจ็บ รวมถึงมีความเข้าใจต่อความเชื่อ ความต้องการด้านอารมณ์ จิตและสังคมของผู้ป่วยและญาติ¹¹

จะเห็นได้จากการสอดรับระหว่างประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบริบทของหอผู้ป่วย แม้จะมีการบันทึกทางการแพทย์แต่ยังประสบปัญหาเรื่องข้อมูลและความต่อเนื่องของการรักษา มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะที่ป้องกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยสนใจพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงเพื่อใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยและนำข้อมูลไปสื่อสารประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยและความก้าวหน้าของพยาธิสภาพในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง^{14,15} ประโยชน์ที่ได้

รับจากการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและใช้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (development research) เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยทีมพัฒนาจำนวน 6 คน เลือกจากทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ซึ่งเป็นการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุทั้งหมด จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง มีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) ประสบการทำงานกับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง 1 ปี ขึ้นไป (2) เป็นบุคคลที่รับผิดชอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (3) อายุระหว่าง 22 ปี-60 ปี ยกเว้นพยาบาลที่ลาศึกษาต่อหรือลาคลอดบุตร
2. แพ้ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมง จำนวน 10 แพ้

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง พัฒนามาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการบาดเจ็บ การส่งตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์ การส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท และแบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การตรวจเพื่อวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ การให้ยา อาหาร กิจกรรมของผู้ป่วย กิจกรรมพยาบาล การวางแผนจำหน่าย คุณภาพของเครื่องมือนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI 0.80

3. แบบสำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติของ จีวรธรรมธชัย¹⁶ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.95 ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความยากง่ายในการใช้งาน 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความสามารถนำข้อมูลไปใช้ในทีมได้

4. จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจุดนี้โดยจะไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดและการเขียนจะใช้คำว่า พยาบาลและผู้ป่วยเท่านั้น โดยยื่นขอกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับอนุมัติ เลขที่ HE532174

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยและพัฒนาใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Soukup¹⁷ และกำหนดกรอบในการดำเนินการ ออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้สำรวจปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โดยการทบทวนบริบทของหอผู้ป่วยและเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง ระบบการรักษาช่วงเดือนธันวาคม 2553 – มกราคม กุมภาพันธ์ 2554 จำนวน 20 แพ้ม ผลการวิเคราะห์เวชระเบียน (content analysis) โดยจัดระบบ (1) ความถูกต้องของการบันทึก (2) ความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล (3) ความชัดเจนในการบันทึกรูปแบบการเขียนสามารถอ่านออกเข้าใจเนื้อหา และ (4) การเน้นความสำคัญของปัญหาได้ใจความ ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยสอดคล้องทั้ง 4 ข้อ ดังกล่าว ขาดความต่อเนื่องการบันทึกและการลงข้อมูลสำคัญ

2. ออกแบบและพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงต้องการจะพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลก่อนแล้วจึงค่อยพัฒนาต่อบนฐานโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ การพัฒนาอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยจากฐานอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, SpringerLink, Ovid, Cochrane Library, BMJ Group และ Google scholar งานวิจัยที่คัดเลือกเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text) ช่วง พ.ศ. 2545-2554 ค.ศ. 2002-2012 โดยกำหนดคำค้นหา nursing record, nursing information, nursing database การคัดเลือกรายงานวิจัยใช้กรอบแนวคิดของ PICO การสืบค้นงานวิจัยที่ได้มาคัดคุณภาพความน่าเชื่อถือของ Joanna Briggs Institute¹⁸ ได้งานวิจัยตรงตามเกณฑ์ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดย ภัฏญา วังศรี¹⁹ ระดับ 2 งานวิจัยแบบ quasi-experiment (ไม่ได้สุ่ม) และการวิเคราะห์ระบบการจัดการข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ในหน่วยไตเทียม โดย รัชฎาภรณ์ โชติเวทย์ศิลป์ และคณะ²⁰ ระดับ 5 งานวิจัยแบบสำรวจที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเพิ่มข้อมูลที่สร้างขึ้น มีดังนี้ 1) ข้อมูล

พื้นฐานผู้ป่วย 2) สัญญาณชีพและ Glasgow coma score 3) แผนการรักษาของแพทย์และการให้ยา 4) กิจกรรมการพยาบาล 5) อาหาร และ 6) การวางแผนจำหน่าย

3. การทดลองใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล นำไปทดลองใช้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน 15 คน เป็นผู้ใช้แบบบันทึกและจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มกับผู้ป่วย 10 ราย โดยผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล โดยให้อิสระในการทดลองใช้และวางแผนจะติดตามประเมินผลต่อไป

4. การประเมินผลและปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล เมื่อทดลองใช้เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงทำแบบประเมินความพึงพอใจและการสัมภาษณ์ทัศนคติต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแบบฟอร์ม ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึกนำมาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์จะวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.34 และอายุการปฏิบัติงานตั้งแต่ 5-27 ปี เฉลี่ย 18.7 ปี อายุการปฏิบัติงาน 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90 และ เฉลี่ยอายุ 33.8 ปี และช่วงอายุ 18-30 ปี พบมากที่สุด ข้อมูลการบาดเจ็บ พบว่า ศีรษะและคอเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาเป็นการบาดเจ็บที่ขาและข้อเท้า คิดเป็นร้อยละ 20 และ 10 ตามลำดับ คะแนน GCS แรกวันที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า $GCS \leq 8$ ร้อยละ 60 $GCS 9-13$ ร้อยละ 40 ผลการรักษาพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า ยังคงมีชีวิตอยู่แต่ยังต้องรักษาต่อ ร้อยละ 80 และ

เสียชีวิต ร้อยละ 20

2. ผลประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบันทึกข้อมูล

การประเมินการบันทึกทางการพยาบาลจากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วย 10 ราย โดยนำเสนอเป็นร้อยละ มีผลการบันทึกทางการพยาบาลตามแผนการพยาบาลดังนี้

1) การตรวจเพื่อการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการวันที่ 1 ร้อยละ 100 โดยมีการตรวจ CBC, BUN/Cr., electrolyte, coagulopathy, serial DTX $\bar{q}$ 6 hrs. และวันที่ 2 มีการตรวจเพียง DTX $\bar{q}$ 6 hrs. ร้อยละ 80 เนื่องจากมีเสียชีวิต 2 ราย

2) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์โดยพยาบาล วันที่ 1 ได้รับการปฏิบัติ ร้อยละ 100 ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจน (O_2 saturation) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และหลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง ประเมินคะแนน GCS ทุก 1 ชั่วโมง ใน 8 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้น ทุก 2 ชั่วโมง การปรับเครื่องช่วยหายใจตามความเหมาะสมตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย การบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก พบว่ามีภาวะไม่สมดุลของน้ำเข้าออกจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 วันที่ 2 ผู้ป่วย 8 ราย ได้รับการประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง และได้รับการดูแลเหมือนวันที่ 1

3) การให้ยา วันที่ 1 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid/sedative drug และยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งวันที่ 2 แผนการรักษาของแพทย์ยังคงเดิม

4) อาหาร มีแผนการรักษา ดื่มน้ำและอาหาร ทั้งวันที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 100

5) กิจกรรมผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จึงได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ทั้งวันที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 100

6) กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ

กิจกรรมข้อ 2 และข้อ 5 การดูแลสุ่มลักษณะช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ทั้งวันที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 100 การรายงานแพทย์เมื่อระดับความรู้สึกลดลง โดยใช้ GCS ประเมิน ถ้าคะแนนลดลง 2 คะแนนขึ้นไป ต้องรายงานแพทย์

7) การจำหน่ายเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลที่จำเป็น ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่รู้สติ พยาบาลจึงให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับเรื่อง พยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นที่ต้องนอนโรงพยาบาล การเซ็นยินยอมการรักษา แผนการรักษาของแพทย์ สิทธิการรักษา และการติดต่อเมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลดังกล่าวจากพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้ป่วย 2 รายเสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค

3. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล

ประเด็นความพึงพอใจมีดังนี้ (1) ความง่าย ความสะดวก การใช้งานเป็นทีม เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 80 (2) มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 100 (3) สามารถนำไปใช้จริง เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 86.66 เห็นว่า (4) การประหยัดค่าใช้จ่าย เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 100 โดยให้ข้อคิดเห็นว่า การบันทึกทางการพยาบาลเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงวิกฤต การทำหัตถการการรักษาและการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมยังคงมีความจำเป็นอยู่ซึ่งอาจไม่เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย แม้จะมีการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ

อภิปรายผล

จากการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ทำให้ได้แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงแรกและผลของการทดลองใช้ทั้งด้านคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ คือ

1) การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง และ 2) ศึกษาความพึงพอใจพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลและแผนการดูแลผู้ป่วย มีรายละเอียด ดังนี้

1) การพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงแรก

ผู้วิจัยใช้การวิจัยและการพัฒนาตามกรอบคิดของ Soukup สามารถนำมาพัฒนางานได้จริง ซึ่งการศึกษาวิจัยพัฒนาการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลมีการศึกษามากอย่างต่อเนื่องและต้องการความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและลักษณะงานการพยาบาล การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงครั้งนี้ได้สร้างให้สอดคล้องการแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รูปแบบของการบันทึกประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย 2) สัญญาณชีพและ GCS 3) แผนการรักษาของแพทย์ และการให้ยา 4) กิจกรรมการพยาบาล 5) อาหาร 6) การวางแผนจำหน่าย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ผิดพลาด การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ จุดเด่นของการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลคือการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงและพัฒนาความเข้าใจต่อข้อมูลที่จำเป็นเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Chotivatsim, et al²⁰ ที่นำเสนอไว้ว่าข้อมูลต้องเป็นระบบมีความต่อเนื่องและสามารถนำมาใช้พัฒนางานได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ของ พนอ เตชะอริก สุนทรพร วันสุพงศ์ และ สุมมนา สัมฤทธิ์รินทร์²¹ ที่ศึกษาผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Soukup¹⁷ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเช่นกัน สามารถนำมาใช้ได้จริง

2) ศึกษาความพึงพอใจพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต่อแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล

2.1 ความยากง่ายต่อการนำไปใช้งาน และความสะดวกในการใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เห็นด้วยระดับมากร้อยละ 80 โดยให้เหตุผลว่าแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทำให้สามารถประเมินและให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมง่ายต่อการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและกิจกรรมที่ปฏิบัติ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

2.2 การประหยัดค่าใช้จ่ายกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 100 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงยังเป็นช่วงเวลาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต้องมีหัตถการหรือการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมค่อนข้างมาก ในด้านของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลงจากก่อนนำแผนการดูแลมาใช้

2.3 ความพึงพอใจการทดลองใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ระดับมาก ร้อยละ 100 อภิปรายผลได้ว่า แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลทำให้พยาบาลทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นข้อมูลในการประสานงานกับแพทย์เฉพาะทาง

2.4 การนำไปใช้จริงในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ความคิดเห็นระดับมาก ร้อยละ 86.66 อภิปรายได้ว่า ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกจากงานประจำ และตรงกับความต้องการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการดูแลของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของหน่วยงานที่ต้องการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกระบบ

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการสามารถบันทึกข้อมูลเพื่อใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลด้วยกัน เพื่อการพยาบาลดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย สะท้อนได้จากการสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล แม้ผลการศึกษายังไม่ได้ตอบ

พยาธิสภาพในทางที่ดีขึ้นก็ตาม แต่เป็นการส่งต่อข้อมูลที่มีความต่อเนื่องในการดูแล

สรุป

งานวิจัยเชิงพัฒนานี้ ได้พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีระบบ ครอบคลุมมากกว่าก่อนที่จะใช้แบบฟอร์มนี้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยคือการมีข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้สำหรับส่งคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บร่วม เช่น ข้อมูลกระดูกหัก การติดตามแพทย์เฉพาะทางกระดูก เพื่อมาให้การรักษาต่อผู้ป่วย การได้ยาระงับปวดรุนแรงที่ต้องเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เพราะหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงแรก อยู่ที่ยังติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การมีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลมีข้อมูลผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลเพื่อการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยช่วงแรกยังคงเป็นกระดาษบันทึก ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อง่ายต่อการจัดเก็บและทำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และข้อค้นพบที่ได้จากการบันทึกพบว่า ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงระยะ 48 ชั่วโมงแรก เพราะผู้ป่วยจะได้ยาระงับปวดสูงและมีผลข้างเคียงมาก จึงต้องได้รับการติดตามประเมินความปวดและบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะระบบหายใจ การอบรมให้ความรู้การใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลและติดตามผลลัพธ์การบันทึกอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกควรนำมาวิเคราะห์ผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย

References

1. Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2009 [online] [cited 2009 October 1]. Available from [http //www.bps.ops.moph.go.th/](http://www.bps.ops.moph.go.th/)
2. Dunn J, Smith M. Critical care management of head injury. *anesthesia and intensive care medicine* 2008; 9(5):197-201.
3. Snyder K. Trauma. In Urden LD., Stacy KM, Lough ME. (editors). *Priorities in critical care nursing*. 6 th ed. USA: United States of America; 2012.
4. Haddad SH, Arabi YM. Critical care management of severe traumatic brain injury In adults. *Scandinavian Journal of trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2012; 20(12): 1-12.
5. Mangat HS. Severe traumatic brain injury. *Continuum lifelong learning neural* 2012; 18(3): 532-46.
6. Maas A., Stocchetti I, Bullock R. Moderate and severe traumatic brain injury. *Lancet Neural* 2008; 7:488-748.
7. Nils OS, Torsten E, Jones JM, Steen PA. Different definitions of patient outcome: Consequences for performance analysis in trauma. *Journal of Injury* 2008; 39:612-22.
8. Sae-Sia W, Songwathana P, Ingkavanich P. The development of clinical nursing practice Guideline for initial assessment in multiple injury patients admitted to trauma ward. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2012; 15: 93-9.
9. American Association of Neuroscience Nurses. *Nursing management of adult with severe traumatic brain injury*. usa: aacn ; 2008.
10. Werner C, Engelhand K. Pathophysiology of traumatic brain injury. *British Journal of Anaesthesia* 2007; 99(1):4-9.
11. Todd VW, Mcllvoy L, Raque GH, Spain D, Shield CB. Development and implementation of critical pathway for severe traumatic brain injury. *The journal of Trauma* 2001; 51(2): 369-75.
12. Blank-Reid C, McClelland RN, Sentora TA. Neurotrauma: Traumatic brain injury. In: Ellen B, editor, *Neuroscience nursing: A spectrum of care*. USA : Mosby Elsevier ; 2008.
13. Richards CF, Mayberry JK. Initial management of the trauma patients. *Critical care clinic* 2004; 20:1-11.
14. Limumnoilap S, Tumnong C. Critical care nursing. Khon Kaen. Klungnana; 2008.
15. Songwathana P. Continuing process in trauma care. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2012; 4(2):102-14.
16. Thongchai C. Clinical practice guidelines development. *The Thai Journal of Nursing Council* 2005; 20(2): 63-76.
17. Soukup M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am* 2000; 35:301-9.

18. The Joanna Briggs Institute for Evidence Base. Best practice evidence base practice Information sheets for health professionals tracheal suctioning of adult with an artificial airway. Nurs Midwifery 2000;4:1-6
19. Wangsri, K. Development of database system for trauma registry, Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Graduate school. Master. Arts (Library and Information Science); 1999.
20. Chotivatsim R, Wongpoowarak P, Wongpoowarak W, Dandecha P, Wanakamane U. Analysis of computerized data management system in hemodialysis unit at Songklanagarind Hospital. The Graduate research Conference 12th KhonKaen University 2011; 1048-63. [ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2554]. จาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/54/grc12/files/mmp24.pdf>
21. Techaatik P, Wunsupon S, Sumritrin S. Effectiveness of implementing evidence-based practice for traumatic patients at out patient of the accident and emergency unit. Journal of Nursing Science & Health 2011;34(3): 65-74.