

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ศิริดา วิพัทธะพร¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงจำนวน 30 คน ผู้ดูแลจำนวน 30 คน และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 10 คน ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 2) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยกำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ 2) การวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การกำหนดแผนการจำหน่ายโดยใช้ METHOD การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล 3) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว 4) รูปแบบการให้ความรู้และสอนทักษะ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้เมื่ออยู่ที่บ้าน 6) การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้านผู้ดูแลพบว่าหลังการสอนผู้ดูแลมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 30 วัน พบว่ามีค่าคะแนนความสามารถอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.75$, $SD=0.30$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $SD= 0.24$) ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, $SD=0.49$)

คำสำคัญ : รูปแบบ , การวางแผนจำหน่าย , ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

Corresponding Author: Sirada Vipatanaporn , Email: sirada2013@gmail.com

THE DEVELOPMENT OF DISCHARGE PLANNING MODEL FOR SEVERE HEAD INJURY PATIENTS

Sirada Vipatanaporn¹

ABSTRACT

The research and development study aimed to develop and investigate the effect of the discharge planning model for severe head injury patients. This study was conducted during April 2017 to September 2018. The subject composed of 30 severe head injury patients, 30 caregivers and 10 personnel from multidisciplinary team. The development process consisted of 4 phases; 1) situation analysis of discharge planning in severe head injury patients; 2) development of discharge planning model for severe head injury patients; 3) Implementation and 4) Evaluation. The results of this study showed the discharge planning model for severe head injury patients composed of 6 components: 1) Participation of multidisciplinary teams by defining the team structure, and roles, 2) 5 steps discharge planning: (i) Problems and needs assessments; (ii) Problem diagnosis; (iii) Identifying discharge plan using METHOD system; (iv) Implementation and (v) Evaluation, 3) Family participation, 4) Education and skill developing program for caregivers, 5) Support equipment needed to be used at home and 6) information delivery for continuing care. After implemented the discharge planning model for severe head injury none of the patients was readmitted within 28 day, for caregivers, the mean scores of knowledge after attending education program was significantly higher than the score before attending education program ($p < 0.01$). In addition, the mean scores of capabilities for caring patient after 30 days discharge were at a high level ($\bar{x} = 1.75$, $SD = 0.30$). Both patients and caregivers as well as multidisciplinary team have the highest level of satisfaction score ($\bar{x} = 4.88$, $SD = 0.24$; $\bar{x} = 4.77$, $SD = 0.49$) respectively.

Key words: Model , Discharge planning , Severe head injury patient

¹ Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Phanom Hospital

บทนำ (Introduction)

บาดเจ็บ ศีรษะ เป็น ปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต และทุพพลภาพของประชากรทั่วโลก สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนถนน แม้ว่าแต่ละประเทศจะพยายามกำหนดนโยบายทาง สาธารณสุขเพื่อแก้ไขสาเหตุดังกล่าว แต่ จำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลับมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการรายงานของ องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2558 พบว่าในแต่ละปีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ บนถนนประมาณ 1.25 ล้านคน หรือกว่า 3,400 คนต่อวัน โดยประเทศไทยมีอัตราการ เสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก โดยพบ อัตราการเสียชีวิต 36.2 รายต่อแสนประชากร¹ ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุขปี 2558 พบว่าอุบัติเหตุบนถนน เป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญ โดยพบมีผู้เสียชีวิตประมาณ 12,000-15,000 คน มีความพิการประมาณ 7,000-9,000 คน และในจำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ บนถนนนี้พบว่าศีรษะเป็นอวัยวะที่ได้รับ บาดเจ็บสูงที่สุดประมาณร้อยละ 32.35^{2,3} แม้ว่า ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ทางการแพทย์และการสาธารณสุขจะส่งผล ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีโอกาสรอดชีวิต สูงขึ้น แต่ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีความ ผลกระทบกระเทือนต่อสมองทำให้มีความ บกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรม ผู้ป่วย จำนวนมากที่หลังจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ แล้วเกิดความพิการ มีความสามารถในการ ดูแลตนเองหรือความสามารถในการทำ กิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงหรืออาจไม่สามารถ ทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้อง ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจาก ผู้ดูแล⁴

ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย โรงพยาบาลนครพนม พบมีแนวโน้ม สูงขึ้นทุกปีโดยในปี พ.ศ.2558-2559 มีผู้ป่วย เข้ามาับการรักษาทั้งหมดจำนวน 893 คน และ 985 คน ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยโดยรวม 5.7 และ 5.2 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีการ บาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรง จะมีระยะเวลา วันนอนเฉลี่ย 23.35 และ 20.07 วัน พบอัตรา การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะคิดเป็น ร้อยละ 10.89 และ 10.02 ตามลำดับ⁵ โดยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้แก่ การเกิดปอด อักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิด แผลกดทับที่บางครั้งมีความรุนแรงเกิดการ ติดเชื้อในกระแสเลือดและทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิต และพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวก็คือ ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความตระหนักในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพการป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน และส่วนหนึ่งขาดอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่นที่นอนลม ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการทบทวนกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล พบว่า วิธีการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้ไม่ครอบคลุมการตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ที่สำคัญไม่ได้นำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ไม่สามารถหาผู้ดูแลหลักได้เนื่องจากการมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้ามาดูแลผู้ป่วย ทำให้การเตรียมความพร้อมกระทำในวันใกล้จะจำหน่าย ในด้านอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน พบว่ายังไม่เพียงพอต่อบริการ และที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้กับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนั้น พบว่าข้อมูลที่ส่งยังขาดความสมบูรณ์และมีความล่าช้า จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการวางแผนจำหน่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บ

ศีรษะรุนแรงให้เป็นรูปธรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลลัพธ์ที่มุ่งหวังก็คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีความพึงพอใจในบริการ

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล สถานที่ศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 198 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแล ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือญาติ หรือผู้ที่สมาชิกในครอบครัว จัดหา มาเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะรุนแรง จำนวน 198 คน กลุ่มที่ 3 บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร จำนวน 8 คน

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ชายโรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกแบบ เจาะจง (purposive sapling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยที่มี อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยโรค เมื่อเข้ารับการรักษาว่าบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Glasgow coma score < 8 คะแนน) (3) ไม่ มีการบาดเจ็บที่ร่างกายส่วนอื่นที่มีพยาธิ สภาพที่มากกว่าหรือรุนแรงกว่าการบาดเจ็บ ศีรษะครั้งนี้ เช่น กระดูกต้นคอหัก กระดูกสัน หลังหัก (4) มีคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าคะแนนดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL index) อยู่ ระหว่าง 0-11 คะแนน (5) ยินดีเข้าร่วมการ วิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) ผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายไม่สมัครใจอยู่

(2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีการตายของ สมอ (3) ผู้ป่วยเสียชีวิต

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายโรงพยาบาลนครพนม โดย เลือกแบบเจาะจง (purposive sapling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้รับผิดชอบ หลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่ใน ครอบครัวเดียวกัน หรือผู้ที่สมาชิกใน ครอบครัวจัดหา มาเพื่อทำหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (2) การรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ (3) ยินดีเข้าร่วมการ วิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้ารับการสอนความรู้ และทักษะตามแผนการสอน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรทีมสหสาขา วิชาชีพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากทีมที่ ให้ การดูแลผู้ป่วยทางคลินิกศัลยกรรม (Pateint Care Team) ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 5 วิชาชีพ ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

(1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย (2) ปฏิบัติงาน อยู่ในช่วงเวลาระหว่างเดือนเมษายน 2560

ถึงกันยายน 2561 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เจ้าหน้าที่ย้ายออก จากแผนกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. แบบ สัมภาษณ์ และแบบ ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในด้านความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นวัดความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ซึ่งพัฒนามาจากแบบทดสอบความรู้เรื่องการบาดเจ็บศีรษะสำหรับญาติผู้ป่วยของ ประภัสศรี ช่างษ์⁶ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน

3. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ซึ่งผู้วิจัย

สร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติ 4 ด้าน จำนวน 35 ข้อ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 13 ข้อ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำนวน 5 ข้อ และดูแลด้านจิตใจ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ปฏิบัติได้บางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติเกณฑ์การให้คะแนนปฏิบัติได้ทุกครั้ง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติได้บางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

5. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล แบบประเมินความ

พึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น แบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง โดยมีวิธีการดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงย้อนหลังปี พ.ศ. 2559 จำนวน 30 ฉบับ ในประเด็นเกี่ยวกับ ลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง สถานะการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย 2) สัมภาษณ์

บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง การดูแลต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง 3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน ในประเด็นที่เกี่ยวกับลักษณะบริการที่ได้รับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง 4) ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของปี พ.ศ. 2559 และ 5) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากการวิเคราะห์เวชระเบียน การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงประกอบด้วย

1) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงตลอดจนปัญหาอุปสรรคจากนั้นจึงได้กำหนดรูปแบบซึ่งประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่าย กำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการวางแผนจำหน่าย การนำ

บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย รูปแบบวิธีการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เมื่ออยู่ที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลเพื่อการต่อเนื่อง ได้แก่ กำหนดชุดข้อมูลที่จำเป็นที่จะส่งต่อให้สถานบริการต่างระดับที่ดูแลต่อ 2) สร้างคู่มือและแนวทางต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง แบบฟอร์มบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำเสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและคู่มือและแนวทางต่างๆ ให้ร่วมพิจารณาความเหมาะสม หลังจากนั้นสรุปเป็นรูปแบบเพื่อนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบ และมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2) ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่มา รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน 3) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติโดยการสังเกต และสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบนำมาปรับปรุงรูปแบบแล้วนำไปทดลองใช้ใหม่ 4) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติ พบว่า ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด 5) นำเสนอผลการทดลองใช้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพว่ามีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงตามบริบท แล้วสรุปเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในภาพรวมทั้งหมด โดยนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุง 2 ครั้งไปประเมินผลตามผลลัพธ์ที่กำหนดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 30 คน ผลลัพธ์ที่กำหนด ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา การ

สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะและผู้ดูแล และการทบทวนตัวชี้วัดผล การดำเนินงาน ข้อมูลเชิงปริมาณ ก่อนการ สอนให้ความรู้ผู้วิจัยได้ทดสอบความรู้ของ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ และก่อน จำหน่าย 1 วัน ได้ทดสอบความรู้ซ้ำ โดย แบบทดสอบชุดเดิม หลังการจำหน่าย 30 วัน ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของ ผู้ดูแล และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ โดยถ้าผู้ป่วยมา ตรวจตามนัดผู้วิจัยจะดำเนินการประเมินด้วย ตัวเอง แต่ถ้าเป็นการประเมินการติดตาม เยี่ยมที่บ้าน จะประเมินโดยพยาบาลศูนย์ ดูแลต่อเนื่อง การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เก็บจากแบบบันทึกเวชระเบียน ประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขา วิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะรุนแรงหลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test และ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การ วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่อนุมัติ NP-EC- 11 No.37/2560 วันที่รับรอง 2 มีนาคม 2560 ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตและขอ ความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้ทราบ

ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยผู้ดูแลผู้ป่วย สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีข้อบังคับ ใดๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมการทำวิจัย ในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการศึกษาศถานการณ์ด้าน กระบวนการดูแล พบว่า (1) การวางแผน จำหน่ายขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา วิชาชีพและบุคลากรในครอบครัว กระบวนการ วางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพ (2) การ ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องมีความล่าช้า และ ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล ด้านผู้รับบริการ พบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยังมิ ด้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่ เพียงพอ และยังขาดความตระหนักถึงความ จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากการมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาของทีม สหสาขาวิชาชีพ ได้รูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ที่มี องค์ประกอบดังนี้

2.1 การกำหนดโครงสร้างทีม สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะรุนแรง ประกอบด้วยศัลยแพทย์ ประสาทและสมอง พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

และมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ คัลยแพทย์ประสาท : ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้การวินิจฉัยโรค รักษา ประเมินสภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษา พยาบาลประจำหอผู้ป่วย : ประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลปัญหาภายหลังการจำหน่าย วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับเรื่องการบาดเจ็บศีรษะและการดูแล การบันทึกข้อมูลที่จะส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง : ร่วมในการประเมินปัญหากับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย สอนทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ศูนย์การเรียนรู้ ประสานส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมบริการปฐมภูมิในการเยี่ยมครั้งแรกและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลจิตเวช : ประเมินปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เกสซิก : ให้ความรู้เรื่องยา การเฝ้าระวัง ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา นักกายภาพบำบัด : ให้การบำบัดฟื้นฟูตามสภาพปัญหาที่บ้าน โดยการสอน/สาธิตการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล พร้อมสรุปปัญหาเพื่อส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักโภชนาการ : ประเมิน

ปัญหาผู้ป่วยร่วมกับทีมเพื่อกำหนดพลังงานและสารอาหารตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และสอนญาติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย

2.2 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย 2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความ ต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย 3) การกำหนดแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD 4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และ 5) การประเมินผล

2.3 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะประเมินและคัดเลือกบุคคลในครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในการศึกษานี้กำหนดผู้ดูแลได้มากกว่า 1 คน

2.4 รูปแบบและวิธีการให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามแผนการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยและทีมดูแลที่เกี่ยวข้อง มีศูนย์การเรียนรู้โดยมีหุ่นจำลองให้ญาติฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำ การช่วยในการขับถ่าย การดูแลแผล การดูแลท่อเจาะคอ สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ การ

ล้างมืออย่างถูกวิธี ฯลฯ ตลอดจนการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะนำกลับไปใช้ที่บ้าน

2.5 การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือให้แก่ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านตามสภาพปัญหาและความจำเป็น ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน ไม้ค้ำยัน รถนั่งที่ช่วยเดิน ฯลฯ ใช้ระบบการเยี่ยมซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแล้วประสานศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือ

2.6 การส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ การสอนและการฝึกทักษะที่ให้แก่ผู้ดูแล สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เป้าหมายของการดูแลต่อเนื่อง การกำหนดปัญหาที่ต้องทำให้ดูแลต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาล พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องนำข้อมูลทั้งหมดลงในโปรแกรมการดูแลระยะยาว (Long Term Care Program) ส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งการใช้โปรแกรมนี้จะลดปัญหาเรื่องความล่าช้าการส่งต่อข้อมูล

3. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 15-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 28.45 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 56.67 สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 90.00 การวินิจฉัยโรค Subdural Hemorrhage มากที่สุด ร้อยละ 53.33 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ก่อนจำหน่ายระหว่าง 5-11 คะแนน ร้อยละ 96.67

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.67 อายุเฉลี่ย 44.25 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 96.67

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ด้านผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และจากข้อมูลตอบกลับหลังการติดตามเยี่ยมบ้านก็ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ด้านผู้ดูแล

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบาดเจ็บศีรษะโดยรวมของผู้ดูแลก่อนได้รับการสอนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 14.07$, $SD = 2.14$) หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง

($\bar{x} = 33.15$, $SD=0.92$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอน พบว่าหลังการสอนผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.0001$ (95%CI -19.78, -18.48) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการสอน (n=30)

ความรู้	คะแนนเต็ม	\bar{x}	SD	\bar{d}	95% CI of μd	t	df	p-value
ก่อนการสอน	35	14.07	2.14	-19.08	-19.78	-37.78	29	<0.01*
หลังการสอน		33.15	0.92		-18.48			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงของผู้ดูแล หลังการจำหน่าย 30 วัน พบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.75$, $SD= 0.30$) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในระดับสูงทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังการจำหน่าย 30 วัน (n=30)

ความสามารถความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	\bar{x}	SD	ระดับความสามารถ
1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.78	0.18	สูง
2) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	1.78	0.22	สูง
3) การฟื้นฟูสภาพ	1.80	0.39	สูง
4) การดูแลด้านจิตใจ	1.67	0.41	สูง
รวม	1.75	0.30	สูง

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงพบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $SD=0.24$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อได้แก่ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ด้านพฤติกรรมบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การประสานของทีมนดูแล การได้รับข้อมูล การสอนสาธิต การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือไปใช้ที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นเมื่อกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน และ

การประสานบริการของทีมนดูแล ($\bar{x} = 4.96$, $SD= 0.18$)

ด้านทีมนสหสาขาวิชาชีพ ความพึงพอใจของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงพบว่า คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, $SD=0.49$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทีมนสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ และข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ รูปแบบมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ($\bar{x} = 4.89$, $SD=0.33$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (n=30)

ความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ
1) ความเหมาะสมในการนำไปใช้	4.89	0.33	มากที่สุด
2) ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ	4.77	0.44	มากที่สุด
3) เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ	4.67	0.44	มากที่สุด
4) การประสานการทำงานของทีม	4.77	0.33	มากที่สุด
5) การใช้ความรู้ความสามารถของทีมในการดูแลผู้ป่วย	4.67	0.70	มากที่สุด
6) เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล	4.89	0.33	มากที่สุด
รวม	4.77	0.49	มากที่สุด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีก็คือ ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จประการที่หนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้ามาาร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา เสนอทางเลือกการแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบ การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วทันเวลา ข้อมูลมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกประการหนึ่งก็คือการประสานวางแผนและการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารทีมการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนเชื่อมโยงไปถึงผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะครั้งนี้ได้กำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยทำหน้าที่ในการประสานทีมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งประสานบุคคลในครอบครัว

ผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้เป็นปัจจัยความสำเร็จอีกประการหนึ่ง ทั้งนี้ในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแล การตัดสินใจ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะแรกๆ จะทำให้เกิดความร่วมมือและเข้าใจในแผนการรักษา

2. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

2.1 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
หลังการใช้รูปแบบ พบว่า การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อธิบายได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการสนับสนุนต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามแผนที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านกำลังใจและด้านข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นผลให้ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณนา หวังกิตติกันต์ และคณะ⁷ และ จุไรพร วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ⁸ ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระยะเวลาอนในโรงพยาบาลลดลง และไม่พบการกลับมา

รักษาซ้ำภายใน 28 วัน อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลอาจจะเกิดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติ ดังนั้นทีมบุคลากรสุขภาพควรมีการเสริมพลังผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ความรู้ของผู้ดูแล ก่อนการสอน ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 14.07$, $SD=2.14$) หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 33.15$, $SD=0.92$) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอน พบว่า หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 อธิบายได้ว่า รูปแบบและวิธีการให้ความรู้นี้เป็นการสอนอย่างมีแบบแผนและเป็นระบบตามคู่มือและแผนการสอน และมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอนหากพบว่าผู้ดูแลยังไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้องก็จะให้ความรู้ซ้ำ นอกจากนี้จากการที่จัดสอนแบบรายบุคคล ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นจึงเป็นผลให้การเรียนรู้พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สูงขึ้นทุกด้าน

2.3 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.75$, $SD=0.30$) อธิบายได้ว่าเป็นผลจากการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ จากทีม

สหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะและเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลอยู่ในระดับสูง เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ 28 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวรรณา หวังกิตติกันต์ และคณะ⁷ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในระดับดีมากและไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการศึกษาของ กันทิมา ชาวเหลือง และคณะ⁹ และกัลยา เข้มเป้า¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมาย มีความรู้และทักษะที่สูงขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยหรือตนเองโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $SD=0.24$) อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงนี้จุดเน้นก็คือ การทำงานเป็นทีม การนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนดูแลร่วมกัน การให้ข้อมูลที่เป็นระบบ ตลอดจนการจัดระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่ง

ข้อนี้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{x} = 4.96$) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าสถานบริการสามารถจัดบริการด้านอุปกรณ์เครื่องมือให้ได้ตามความต้องการทุกรายโดยไม่ค่าใช้จ่ายใดๆ

2.5 ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, $SD = 0.49$) อธิบายได้ว่าในการพัฒนารูปแบบนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาในทุกขั้นตอน และมีการปรับแก้ไขจนเป็นที่ยอมรับของทีมว่ามีความเหมาะสม เมื่อนำไปปฏิบัติก็เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่ประจักษ์ชัด จึงเป็นผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณทีมนำทางคลินิก ศัลยกรรม เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health organization. **รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2558.** (สืบค้นวันที่ 20 สิงหาคม 2559). Available from: <http://www.WHO.int.road-safety-status>.
2. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์**

อุบัติเหตุทางถนน ปี 2558. (สืบค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560) Available from: URL: <http://www.thaincd.com/Document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุปี 2556>.

3. สำนักโรคบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี 2558.** [สืบค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560]. Available from: URL: <http://www.boe.moph.go.th/Report>.
4. Montgomery RJV, Olive R, Reisner A, fallat M. The effect of severe traumatic brain injury on the family. Journal of Trauma-injury infection & Critical care 2002; 52(6): 1121-1124.
5. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล นครพนม. **สรุปสถิติผู้ป่วย พ.ศ.2558-2559.** (เอกสารอัดสำเนา). นครพนม: โรงพยาบาล; (ม.ป.ป.).
6. ประภัศรี ขาววงษ์. **การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์ขอนแก่น.** [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.
7. ยุววรรณ หวังกิตติกันต์, อัปสร สารสุวรรณ, เพ็ญญา เลิศสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง. **วารสาร**

**การแพทย์โรงพยาบาลศิริระเกษ
สุนทร บุรีรัมย์; 2557; 29(1): 1-11.**

8. จุไรพร วงศ์วัฒนฤกษ์, ไพลิน นัดสันเทีย, ปิยนุช บุญทอง. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสกลนคร.**วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 2554; 20(4), 607-618.
9. กันทิมา ขาวเหลือง, ปรียกมล รัชกุล, เรณู พุกบุญมี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด

ที่ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**; 2556; 6(1): 27-38.

10. กัลยา เข้มเป้า. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลพลพยุหเสนา. **วารสารกองการพยาบาล**; 2552; 36(3): 113-132.

