

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์

ลักขณา ศรสุนทร

โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง นำไปปฏิบัติจริงกับ พยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 14 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (GCS 3-8 คะแนน) ไม่มีการบาดเจ็บอื่นร่วม จำนวน 11 คน ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2550 - 30 กันยายน 2550 ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแล ประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากร และผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ นำปัญหาที่พบในแผนการดูแลระยะเตรียมการมาพัฒนา โดยใช้กระบวนการการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แก้ไขปัญหาในหน่วยงานพัฒนาแผนการดูแลในระยะวิกฤต นำแผนสู่การปฏิบัติ กับพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 16 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ไม่มีการบาดเจ็บอื่นร่วม จำนวน 31 คน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 - 31 มีนาคม 2551 ประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การศึกษาพบว่า แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (ระยะเตรียมการจำนวน 9 หัวข้อ ระยะดำเนินการจำนวน 11 หัวข้อ) ระยะเตรียมการ จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 7.72 วัน วันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเฉลี่ย 6.72 วัน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อทางเดินหายใจร้อยละ 27.3 ระยะดำเนินการ จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง เฉลี่ย 3.94 วัน วันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมลดลง เฉลี่ย 4.94 วัน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อทางเดินหายใจร้อยละ 12.9 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.18) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.94)

สรุปผลการศึกษากการพัฒนาครั้งนี้เป็นการพัฒนาทั้งระบบครอบคลุมทั้งด้านพยาบาลเครื่องมือที่ใช้ รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ

คำสำคัญ: แผนการดูแลผู้ป่วย, การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง, ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

บทนำ

อุบัติเหตุเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายสำคัญอันดับที่ 2 ของประเทศไทยมีอัตราการตายสูง

56.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2547 บาดเจ็บรุนแรง 140,545 คนเสียชีวิต 7,960 คน⁽¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะพบได้มากและเป็นสาเหตุ

สำคัญ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถและเกิดความพิการทุพพลภาพตามมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและสังคม ในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อย ยังทำให้เกิดผลกระทบเป็นวงกว้างหลายด้าน เช่น ด้านการแพทย์ ความเสียหายด้านเศรษฐกิจและทางสังคม ผลกระทบและความเสียหายเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องถึงกัน จากความสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ทรัพย์สินและงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้ไม่สามารถพัฒนาประเทศไปในทิศทางที่กำหนด⁽²⁾ ซึ่งถ้ามีผลกระทบทำให้เกิดความพิการไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นดูแลอย่างใกล้ชิด

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาระงานหลักสำหรับประสาทศัลยแพทย์ และผู้ดูแลสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับรุนแรง (Severe, GCS 3-8) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระบบหายใจ ทุกรายต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลในระยะวิกฤตไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่รักษาโดยการผ่าตัดสมองหรือโดยการรักษาทางยาควรมีทีมบุคลากรและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ - หอผู้ป่วยวิกฤต ที่เพียงพอ อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล ความช่วยเหลือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและการติดตามผลการรักษาหลังการบาดเจ็บเพื่อประเมินปัญหาที่หลงเหลือพร้อมกับการแก้ไขปัญหาลักษณะต่อเนื่อง⁽³⁾ เพื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วซึ่งจะช่วยลดความสูญเสียจากความพิการหรือเสียชีวิต

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ในปี 2548 จำนวน 5,121 ราย ปี 2549 เพิ่มขึ้น 6,059 ราย ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ปี 2548 - 2549 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 155 ราย มีอัตราเสียชีวิต ในปี 2548 ร้อยละ 10.9 และ ปี 2549

ร้อยละ 15.9 จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในรอบปี 2549 พบปัญหาเรื่องการดูแลด้านคลินิก การดูแลต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาสูง การประเมินความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง 3 ประเภท ดังนี้ การดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณกระดูกต้นคอและ C-spine injury ร้อยละ 74.8 การดูแลระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 77.6 การดูแลให้สารน้ำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินร้อยละ 72.2 ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการปรับเปลี่ยนระบบไปตามสถานการณ์แต่ยังไม่มีแผนการดูแลที่ชัดเจนและเป็นสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐาน ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันระยะฟื้นฟู ในเรื่องการดูแลระบบทางเดินหายใจ การลดสมองบวม การผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการดูแลในระยะวิกฤต ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยจำกัดความรุนแรงและลดความพิการซ้ำซ้อน การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การประเมินผลนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแผนการดูแลตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหา 2) การแก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผล 5) การสะท้อนผลการปฏิบัติ 6) การปรับปรุง

การดำเนินการเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะเตรียมการ (ระยะที่ 1) ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2550

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหา การกำหนดประเด็นปัญหาและค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ตั้งแต่ระยะแรกถึงจนกระทั่งจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหา ประกอบด้วย การศึกษาย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในปี 2549 จำนวน 63 ราย

1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุในปี 2549 โดยวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล

2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้ การระดมสมองสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร โภชนากร งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

3. ทหาสาเหตุรากของปัญหา นำประเด็นปัญหาที่สำคัญ มาวิเคราะห์โดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา (fish bone diagram)

4. นำปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อให้ที่ประชุม สรุปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง โดยประยุกต์จากแนวทางของราชวิทยาลัยศัลยกรรมแห่งประเทศไทย⁽⁴⁾ และนันทศักดิ์ ติศาวิภาต⁽⁵⁾ โดยประสาทศัลยแพทย์ จัดทำแผนด้านการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละวัน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจัดทำแผนด้านการฟื้นฟูสภาพและการสอนผู้ป่วย และญาติกรณีต้องดูแลต่อเนื่อง เภสัชกรจัดทำแผนการดูแลติดตามยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตามใกล้ชิด พยาบาลจัดทำแผนการประเมินผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย โภชนากรร่วมกับพยาบาลและทีมโภชนบำบัดของแผนกศัลยกรรมจัดทำแผนด้านการให้สารอาหาร และสอนญาติทำอาหารเหลว

5. ตรวจสอบแผนโดย ประสาทศัลยแพทย์ แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชกร และพยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 3 คน แผนการดูแลที่ได้ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการประเมินผู้ป่วย GCS 3-8 ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ใส่ cervical collar การส่ง

ตรวจทางห้องปฏิบัติการและเข้ารับการรักษาต่อในแผนกผู้ป่วยในมีการดูแลต่อเนื่อง ในระยะวิกฤตจนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู กำหนดแผนการดูแลมีวันนอนโรงพยาบาล 14 วัน การดูแลระยะวิกฤต 5 วัน

6. อบรมให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้องและชี้แจงแผนการดูแลแก่ผู้ปฏิบัติ

7. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2550 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2550 ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ติดตามผลลัพธ์และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์

ระยะเวลาในการดำเนินการ ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2550 - กันยายน 2550

ระยะดำเนินการ (ระยะที่ 2) การปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแล

1. เตรียมข้อมูลปัญหาที่พบในระยะที่ 1 วิเคราะห์สาเหตุโดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา (fish bone diagram) นำสาเหตุรากที่วิเคราะห์ได้จากระยะที่ 1 มาหาแนว ทางแก้ไข โดยการระดมสมองพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน มีหัวหน้าทีมรับผิดชอบในแต่ละทีม ทีมต้องประกอบด้วย หัวหน้าทีมที่มีอายุการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมากกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์การเข้ากลุ่มแบบมีส่วนร่วม

2. ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำความเข้าใจปัญหา ประชุมเตรียมทีมแกนนำและบุคลากรในหน่วยงานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติตามแผนระยะที่ 1

3. วางแผนปฏิบัติการโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 นำผลการวิเคราะห์แผนการดูแลทบทวนพิจารณาวิเคราะห์ประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ด้านแผนการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน 3 ประเด็น การดูแลระบบทาง

เดินหายใจ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองบวมและการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายแสดงความคิดเห็น

3.2 ทีมสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสารทางวิชาการ ประชุมกลุ่มย่อย อภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของแต่ละทีมมารวมเป็นภาพใหญ่ของหน่วยงาน

3.3 ทีมแกนนำร่วมกับผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลที่แก้ไขและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของหน่วยงานนำเสนอในที่ประชุมและเปิดโอกาสให้สมาชิกที่มาร่วมแสดงความคิดเห็น ผลสรุปปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงได้แผนการดูแลในระยะที่ 2 กำหนด การดูแลระยะวิกฤตไว้ 5 วัน นำยกร่างแผนการดูแลให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นมาปรับปรุงแก้ไขจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง

3.4 การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ผู้วิจัยและหัวหน้าทีมแต่ละทีมชี้แจงสมาชิกแต่ละทีม ดำเนินการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง มอบเอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงให้ทุกคน ติดตามการดำเนินงาน นำเสนอปัญหา อุปสรรค การสะท้อนปัญหาในการประชุมทุกเดือน

3.5 สอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์

3.6 ประเมินผลด้านกระบวนการ ด้านบุคลากร และผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2550 - 31 มีนาคม 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง สร้างขึ้นโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของ

พยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ การดูแลตามแผนทั้งหมด 10 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) physical assessment 2) test 3) treatment 4) medication 5) activity 6) dietary 7) nursing 8) consult 9) education 10) complication ในแต่ละหัวข้อมีรายละเอียดของแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงเมื่อมีการปฏิบัติตามแผนใช้วิธีการตรวจสอบรายการ กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้ ต้องบันทึกความแปรปรวน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตร IOC (Index of Item - Objective Congruence)⁽⁶⁾ เท่ากับ 0.90

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงแบบสอบถามจำนวน 4 หัวข้อ และมีคำถามปลายเปิดเป็นข้อเสนอแนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.92

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ แบบสอบถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 3 หัวข้อ และคำถามปลายเปิดเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนางานบริการของหน่วยงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ 0.99

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ระยะเตรียมการ (ระยะที่ 1) จำนวน 14 คน ระยะดำเนินการ (ระยะที่ 2) จำนวน 16 คน ที่มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (GCS 3-8) ไม่มีการบาดเจ็บร่วมของอวัยวะอื่นหรือมีโรคร่วม อายุมาก

กว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จนกระทั่งย้ายกลับหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2550 - 31 กันยายน 2550 จำนวน 11 คน ระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 - 31 มีนาคม 2551 จำนวน 31 คน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าทีม ประเด็นคือ จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในห้องผู้ป่วยหนักและภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ระยะที่ 1 จำนวน 11 คน ระยะที่ 2 จำนวน 31 คน

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกรบริการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ในผู้ป่วยที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ระยะที่ 2 จำนวน 16 คน

ประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551-31 มีนาคม 2552

ผลการศึกษา

แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นมา ใช้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใช้การทำกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน ได้แผนการดูแลในระยะวิกฤตของหน่วยงาน ประกอบด้วย ระยะเวลาการดูแลในระยะวิกฤต จำนวน 5 วัน แผนการดูแลด้านการพยาบาล ปรับแผนการดูแลผู้ป่วย

ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลภาวะสมองบวมจัดทำระดับความสูงของเตียงที่ 30 องศา เพื่อให้เลือดดำจากศีรษะไหลกลับสู่หัวใจได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดในสมอง ไม่ควรปรับให้สูงเกิน 30 องศาโดยไม่จำเป็นเพราะอาจทำให้เลือดแดงไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ไม่ดี⁽⁸⁾ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มการให้คำปรึกษาญาติโดยนักจิตวิทยา ข้อมูลการส่งต่อเพื่อความต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย ในวันที่ 6 ปรับเปลี่ยนข้อมูลการดูแลให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ด้านการบันทึกข้อมูล เปลี่ยนแบบฟอร์มการบันทึกการเฝ้าระวัง ให้อยู่ในแผ่นเดียว สะดวกต่อการบันทึกและสามารถดูได้ครบในแผ่นเดียว ติดตามความก้าวหน้าได้ง่ายขึ้น

1. ด้านบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

1.1 ข้อมูลพื้นฐานประชากร กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ระยะที่ 1 จำนวน 14 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 12 คน (85.7%) อายุช่วง 21-30 ปี มากที่สุด จำนวน 9 คน (64.3%) เฉลี่ย 29.9 ปี น้อยที่สุด 24 ปี มากที่สุด 48 ปี สถานภาพ โสด จำนวน 12 คน (85.7%) การศึกษา จบปริญญาตรี จำนวน 14 คน (100%) ระยะที่ 2 จำนวน 16 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 14 คน (85.7%) อายุช่วง 31-40 ปี มากที่สุดจำนวน 8 คน (50%) อายุเฉลี่ย 31.37 ปี น้อยที่สุด 24 ปี มากที่สุด 48 ปี สถานภาพโสด จำนวน 12 คน (75%) การศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 16 คน (100%)

1.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลต่อแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ในระยะที่ 1 บุคลากรมีความพึงพอใจที่แผนสามารถใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทุกประเภทมากที่สุด ระยะที่ 2 บุคลากรมีความพึงพอใจแผนการดูแลชัดเจนตรงตามทฤษฎีมากที่สุด เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว ระยะที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 ระยะที่ 2 ระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 4.18 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (N ระยะที่ 1 = 14 คน ระยะที่ 2 = 16 คน)

รายการ	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2
1 แผนการดูแลชัดเจนตรงตามทฤษฎี	3.29	4.29
2 แผนการดูแลไม่ซับซ้อนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.21	4.18
3 สามารถใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกประเภท	3.71	4.18
4 แผนการดูแลสามารถเชื่อมโยงกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องกับหอผู้ป่วย	3.36	4.07
รวม	3.39	4.18

2. ข้อมูลด้านผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะที่ 1 ประชากร จำนวน 11 คน เพศชายมากที่สุด จำนวน 9 คน (81.8%) อายุประชากร ช่วง 15-30 ปี มากที่สุด จำนวน 7 คน (63.6%) 31-45 ปี อายุเฉลี่ย 31.08 ปี อายุ น้อยที่สุด 15 ปี มากที่สุด 72 ปี อาชีพพนักงาน/นักศึกษา จำนวน 5 คน (45.4%) ระยะที่ 2 จำนวน 31 คน ประชากร เป็นเพศชาย จำนวน 28 คน (90.3%) อายุ ช่วง 15-30 ปี จำนวน 17 คน (54.9%) อายุเฉลี่ย 36.4 ปี น้อยที่สุด 15 ปี มากที่สุด 78 ปี อาชีพเกษตรกรมากที่สุด 16 คน (51.6%)

2.2 ด้านคลินิกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ระยะเตรียมการ จำนวน 11 คน สาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรมากที่สุด ระยะเวลาที่ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหลังรับไว้ในโรงพยาบาล เฉลี่ย 1.63 วัน จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าเฉลี่ย 7.27 วัน วันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เฉลี่ย 6.72 วัน น้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 12 วัน พบภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อทางเดินหายใจมากที่สุด ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจำนวน 31 คน สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุการจราจรมากที่สุด ระยะเวลาที่ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมแล้วรับไว้ในโรงพยาบาล เฉลี่ย 1.84 วัน จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ

เฉลี่ย 4.94 วัน น้อยที่สุด 2 วัน มากที่สุด 12 พบภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อทางเดินหายใจมากที่สุด ดังตารางที่ 2

2.3 ค่าใช้จ่ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ระยะที่ 1 อยู่ในช่วง 5,000 - 25,000 บาท มากที่สุด จำนวน 5 คน (45.4%) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 35,585.8 บาท น้อยที่สุด 5,511 บาท มากที่สุด 94,611 บาท ระยะที่ 2 อยู่ในช่วงมากที่สุด 5,000-25,000 บาท จำนวน 19 คน (61.3%) เฉลี่ย 29,493.87 บาท น้อยที่สุด 6,095 บาท มากที่สุด 80,640 บาท ดังตารางที่ 3

2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง มีความพึงพอใจการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้านมากที่สุด ขณะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ เสนอแนะให้บุคลากรดูแลอย่างใกล้ชิด รวดเร็วทันท่วงที เมื่อพิจารณาโดยรวมระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

1. แผนการดูแลและความพึงพอใจของบุคลากร สาเหตุความไม่ชัดเจนของแผนในระยะที่ 1 เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในทีมที่จัดทำแผน เมื่อปฏิบัติพบปัญหาของแผน บุคลากรในหน่วยงานเสนอแนะเรื่องแผนการดูแลไม่ครอบคลุม จัดทำแผนรวบวัน ทำให้

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

ตารางที่ 2 ข้อมูลกลุ่มประชากรการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง และผลการรักษา (n ระยะที่ 1 = 11 คน ระยะที่ 2 = 31 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะที่ 1		ระยะที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุการจราจร	11	100	28	90.3
ตกจากที่สูง	-	-	2	6.3
ถูกทำร้ายร่างกาย	-	-	1	3.2
ระยะเวลาที่ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (วัน)				
1-3	11	100	31	100
จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)				
1 - 5	5	45.5	18	58.1
> 5	6	54.5	13	41.9
จำนวนวันนอน (วัน)				
1- 5	5	45.4	20	64.5
6-10	3	27.3	10	32.3
> 10	3	27.3	1	3.2
ภาวะแทรกซ้อน				
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	10	63.6	25	80.0
ติดเชื้อทางเดินหายใจ	3	27.3	4	12.9
Seizure	1	9.1	1	3.2
เลือดออกทางเดินอาหาร	-	-	1	3.2

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ (n ระยะที่ 1 = 11 ระยะที่ 2 = 31 คน)

ค่าใช้จ่ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม (บาท)	ระยะที่ 1		ระยะที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5,000 - 25,000	5	45.4	19	61.30
25,001 - 50,000	4	36.4	6	19.35
> 50,000	2	10.2	6	19.35

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงต่อการบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 16 คน)

ลำดับ	รายการ	χ	ระดับพึงพอใจความ
1	บุคลากรอริยาสัที่ดี สุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจบริการ	3.94	มาก
2	การบริการมีความนุ่มนวล แม่นยำถูกต้อง ทันเหตุการณ์	3.88	มาก
3	การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน	4.00	มาก
	รวม	3.94	มาก

การลงข้อมูลไม่ชัดเจนและสื่อสารผู้ร่วมงานได้น้อย กิจกรรมบางอย่างมากและซับซ้อน แบบการประเมินมาก ไม่มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วย การปรับแผนการดูแลเฉพาะในระยะวิกฤต โดยใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน ร่วมวิเคราะห์ ร่วมคิด ร่วมทำ ให้ทุกคนมีส่วนร่วมกันคิดสร้างสรรค์ เพื่อเขียนแผน กลวิธี และโครงการ แบบมีส่วนร่วมกันตั้งแต่นั้น⁽⁷⁾ เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าประชุม ปรึกษาหารือกันอย่างเปิดใจทำให้ได้แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ตามความต้องการของทีมและบุคลากรปรับเปลี่ยนการลงข้อมูลให้ง่ายต่อการบันทึกและชัดเจนขึ้น ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแผนการดูแล เพิ่มจากระยะที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 ระยะที่ 2 ระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 4.18

2. ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยา

2.1 จากการศึกษาพบว่าเกิดกับเพศชายมากกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล⁽⁸⁾ และสุรกันต์ ยุทธเกษมสันต์⁽³⁾ ในสัดส่วนประมาณ 8:1 แต่ไม่สอดคล้องกับศักดิ์ชัย ตั้งจิตวิทยา⁽⁹⁾ ที่พบเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิง 4-5 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 15- 30 ปี ทั้งสองระยะการศึกษาพบมากในวัยรุ่นและวัยทำงาน⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นวัยและอาชีพที่สร้างประโยชน์แก่สังคมได้สูงและเป็นอนาคตสำคัญของประเทศ เมื่อมีความพิการหลงเหลือย่อมเป็นภาระต่อสังคมสูญเสียผลผลิตของประชาชนต้องดำเนินกิจกรรมทางสาธารณสุขและทางสังคมด้านต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือครอบครัวของผู้สูญเสีย นอกจากนี้ยังพบปัญหาตามมาโดยเฉพาะการขาดงานของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลส่งผลถึงรายได้ของครอบครัวลดลง เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลซึ่งควรให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านเศรษฐกิจและช่วยวางแผนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน⁽¹⁰⁾ ปัญหาที่สำคัญคือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องต้องกลับมารักษาซ้ำจากการเกิดแผลกดทับ ปอดบวม ดังนั้นควรหา

แหล่งที่พึ่งพิงหรือบรรเทาปัญหาเหล่านี้

2.2 สาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจราจร สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรกันต์ ยุทธเกษมสันต์⁽³⁾ และ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ⁽¹¹⁾ ถึงแม้จะมีการรณรงค์เรื่องอุบัติเหตุการจราจรอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาทุกปีและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ซึ่งภาครัฐควรเน้นให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก การใช้กฎหมายที่เข้มงวด และใช้มาตรการส่งเสริม - ควบคุม - ป้องกันให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อมของชุมชน การสร้างจิตสำนึกของผู้ใช้รถใช้ถนนถึงปัญหาและการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ใช้รถจะทำให้ลดการเกิดอุบัติเหตุจราจร^(12,13)

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก

3.1 ระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการนอนในห้อง ICU ยังไม่ได้ตามแผนที่วางไว้ แต่สามารถลดระยะเวลาวันใช้เครื่องช่วยหายใจและวันนอนเฉลี่ยได้ จากการเพิ่มแผนด้านการพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการติดตามประเมินการหายใจที่ผิดปกติ ดูแลภาวะ cerebral blood flow เมื่อมีการคั่งของ CO₂ หรือมี O₂ น้อยในกระแสเลือดจะมีผลต่อหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดภาวะ vasodilatation และทำให้เกิด ภาวะของ ICP สูงขึ้น เกิดการกดเบียดโดยเฉพาะไปกดศูนย์การหายใจ การประเมินแบบแผนการหายใจจะทำให้ทราบถึงระดับของก้านสมองที่ผิดปกติหรือบาดเจ็บได้⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้บุคลากรมีความเข้าใจแผนมากขึ้นการดูแลตามแผนได้ดี เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่รวดเร็วทันเหตุการณ์ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ตามกำหนดจากมีพยาธิสภาพที่สมองมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่รักษาเฉพาะทางยา บางส่วนไม่ได้ให้การดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตั้งแต่ระยะแรกเนื่องจากไม่มีเตียงรองรับ ทำให้การดูแลระยะวิกฤตไม่เป็นไปตามแผนที่

วางไว้จากหน่วยงานมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง แต่การที่ญาติมีส่วนร่วมดูแลพยาบาลให้คำแนะนำ มีอริยาศัยดี ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ระดับมาก

3.2 ภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองรุนแรงมักไม่รู้สึกรู้ตัว มีความพิการหลงเหลือไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีรอยโรคที่หลงเหลือและต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากการศึกษาทั้งสองระยะมีผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมด ในระยะเตรียมการร้อยละ 54.4 ระยะดำเนินการ ร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่มี GCS แรกรับที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ระดับ 4-6 คะแนน ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ การดูแลฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจซึ่งจะช่วยให้การระบายเสมหะดีขึ้น⁽¹¹⁾ การส่งต่อร่างกายผู้ป่วยบาดเจ็บ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บสมองรุนแรงปานกลาง หรือรุนแรงมาก มักจะมีอาการสูญเสียความสามารถในการทำงานของสมองค่อนข้างชัดเจน เช่น สูญเสียระดับความรู้สึกตัว ความจำการเรียนรู้อย่างมาก เสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ⁽¹⁵⁾ ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่นักโภชนบำบัดร่วมกับพยาบาลวางแผนให้มีภาวะสมดุลและได้สารอาหารครบในขณะฟื้นฟูสุขภาพ การส่งต่อความก้าวหน้าของการวางแผนจำหน่าย เป็นส่วนสำคัญที่จะเชื่อมแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะที่พ้นระยะวิกฤตเข้าสู่การฟื้นฟูกับหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของซึ่งทำหน้าที่ดูแลและรู้ประวัติความเจ็บป่วยเป็นอย่างดีมีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีม เป็นคนสำคัญที่จะทำให้จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยเป็นผลสำเร็จ โดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้จัดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมฟื้นฟู

สภาพ⁽¹⁰⁾ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาล เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ หาแหล่งพึ่งพิงกรณีที่มีเหตุเร่งด่วน เช่น สถานที่ใกล้เคียงที่ผู้ป่วยและญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้

4. ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จากการศึกษาในระยะวิกฤต 5-6 วัน พบว่าส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 5,000 - 25,000 บาท ระยะเตรียมการเฉลี่ย 35,585.8 บาท และระยะดำเนินการ 29,493.9 บาท พบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงสุดถึง 94,611 บาท ค่าใช้จ่ายสูง เมื่อเทียบกับการศึกษาของ สุรกานต์ ยุทธเกษมสันต์⁽³⁾ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง

5. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อบริการ เรื่องการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้านมากที่สุดแต่ยังต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม เรื่องการรับประทานอาหารหลังจำหน่ายสอดคล้องกับ การสังเกตการปฏิบัติตามแผนของบุคลากรที่พบว่าคะแนนแผนการสอนการดูแลต่อเนื่องและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสนใจในเรื่องการดูแลตนเองต่อเนื่อง จากแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยปวดมากเวลาดูแลในหอช่วยหายใจ เจ็บคอ ที่เกิดจากการใส่ pressure cuff เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและป้องกันการสำลักเข้าปอดที่เป็นสาเหตุของการเกิดปอดบวมได้ อย่างไรก็ตามได้เน้นบุคลากรเรื่องตรวจสอบ pressure cuff ทุกครั้งที่ให้การดูแลเกี่ยวกับทางเดินหายใจอย่างเคร่งครัดเพื่อให้ได้ปริมาณลมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทำให้ในระยะหลังผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีความรู้สึกดีบริเวณคอแต่ไม่เจ็บคอ ด้านการพยาบาลอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีน้ใจ ปลอดภัยมากโดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ นอกเหนือจากนี้ผู้ดูแลควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย

ปวดศีรษะ การบริการมีความนุ่มนวลแม่นยำถูกต้องทันเหตุการณ์ ผู้ป่วยให้ระดับคะแนนน้อยที่สุด สอดคล้องกับข้อเสนอแนะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา เมื่อมีปัญหาสามารถมาดูแลได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ยังพบการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเนื่องจากผ่านภาวะวิกฤต อาการสับสน อารมณ์แปรปรวน พุ่งพลา้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านร่างกายหรือคำพูด⁽¹⁾ ดังนั้นบุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีความอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาด้านความจำ การเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. แผนการดูแลควรมีแผนแบ่งระยะการดูแล เป็นระยะฉุกเฉิน - ระยะวิกฤต - ระยะฟื้นฟู เพื่อให้แผนมีความชัดเจนในการดูแลแต่ละช่วงและง่ายต่อการดูแลก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2. การประสานงานเพื่อเชื่อมโยงการดูแล ควรมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยกำกับติดตามแผนการดูแล อย่างเป็นมาตรฐาน ต่อเนื่อง

3. การสร้างความตระหนัก การฝึกทักษะของการให้คำปรึกษา การบริการด้วยใจแก่บุคลากรทีมสุขภาพ

4. นโยบายในการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

5. ผู้บริหารควรตระหนักถึงสถานที่และอัตรากำลังที่จะรองรับผู้ป่วยในระยะวิกฤตเนื่องจากจำนวนเตียงในหอหอบหทัยผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์มีข้อจำกัดและต้องรับผู้ป่วยหลายแผนก ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ตั้งแต่วันแรกเข้าโรงพยาบาล และดูแลตามแผนได้ตั้งแต่วันแรก ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเพื่อลดภาวะสมองบวม และ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและป้องกันการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจทานและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเครื่องมือวิจัยพยาบาล บุคลากรหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. รายงานสถานการณ์และแนวโน้มการบาดเจ็บรุนแรง ประเทศไทย พ.ศ. 2548. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
2. นครชัย เผื่อนปฐม. Practice Management Guideline for Initial Management of Injured Patients. ปี 2550. วารสารอุบัติเหตุ 2550; 1:34-40.
3. สุรกานต์ ยุทธเกษมสันต์. การศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลขอนแก่นและการวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับ Glasgow Outcome Scale ปี 2549. วารสารอุบัติเหตุ 2549; 2:53-61.
4. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรม. [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2550]. แหล่งข้อมูล : URL : <http://www.srih.moph.go.th/sri/cpg/surg/head.htm>
5. นันทศักดิ์ ทิศาวิภาค. Practical management. ใน: อุไรวรรณ แต่รุ่งเรือง, บรรณาธิการ. Hand injury. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : ที.เอ.ลีฟวิง; 2547. หน้า 39-55.
6. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. การสร้างและการพัฒนาแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพมหานคร : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2540.
7. วีระ นิยมวัน. การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์. [online] 2542 [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2550]. แหล่งข้อมูล : URL : http://advisor.anamai.moph.go.th/tamra_AICconference.html
8. วิรัชศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

- เจ็บในโรงพยาบาลมหาสารคาม. นนทบุรี : กองโรงพยาบาล
ภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข; 2545.
9. ศักดิ์ชัย ดั่งจิตวิทยา. บาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะในโรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี ปี 2549. วารสารการแพทย์เขต 15-17; 2:73-
6.
 10. ศิริพจน์ มโนดี. การบาดเจ็บที่ศีรษะ. [สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน
2550]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://hospital.moph.go.th/
bangsay/HEADIN.html](http://hospital.moph.go.th/bangsay/HEADIN.html)
 11. ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์. แนวทางป้องกันความพิการภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก สำหรับผู้ป่วย
บาดเจ็บทางสมอง. นนทบุรี : ซีจีทู; 2550.
 12. Williams AF. Reflections on the highway safety field.
Inj Prev 2004; 10:330-3.
 13. Asiamah, C Mock, Blantari J. Understanding the
knowledge and attitudes of commercial drivers in Ghana
regarding alcohol impaired driving, Inj Prev 2002; 8:53-
6.
 14. สุภาพร คณาฤทธิ์. การพยาบาลผู้ป่วยความดันในกะโหลก
ศีรษะสูง. ใน: อุไรวรรณ แต่รุ่งเรือง, ประชิต ศราชพันธ์, พวงทอง
ตันวงษ์วาน, จินตนา ปากเพ็ญ, ยี่สุน ข่อยพาณิชย์, นภาพร
อภิรดีวีจิเศรษฐ, และคณะ, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต
เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : ที.เอ.ลีฟวิ่ง; 2547. หน้า 73-88.
 15. ขวัญญา สุคนธมาน. บาดเจ็บสมอง. สมาคมเวชศาสตร์
ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2550]. แหล่ง
ข้อมูล: URL: [http://www.rehabmed.or.th/assoc/
as_thai/public/brain.html](http://www.rehabmed.or.th/assoc/as_thai/public/brain.html)

Abstract Development of Nursing Care Plan for Severe Head Injury Patients in Surgical Intensive Unit, Surin Hospital

Lackana Sornsurin

Surin Hospital

Journal of Health Science 2010; 19:95-106.

This study was aimed at developing nursing care plan for severe head injury patients in surgical intensive care unit and outcomes of care plan for severe head injury, Surin hospital. An operational research was described in two phases; pre-operational and operational. The pre-operational phase included nursing care plan protocol for severe head injury patients in a surgical intensive unit looked after by fourteen registered nurses. The patients were eleven severe head injury patients (GCS 3 - 8 points) with no other injury admitted to the hospital from August 1 to September 30, 2008. The care plan was then assessed based on practitioner's adherence, level of practitioner's satisfaction to the care plan protocol and clinical outcome. In the operational phase; problems found during the care plan protocol application were solved by team participation. The care plan protocol was developed and applied by sixteen registered nurses to provide nursing care for thirty-one severe head injury patients with no other injury admitted to the hospital during November 1, 2008 - March 31, 2009. Level of practitioner and patient's satisfaction to the care plan protocol and clinical outcome assessment were presented in frequency, percentage and standard deviation.

The application of the nursing care plan for severe head injury patients (nine items of pre-operational phase and eleven items of operational phase) showed that the pre-operational phase had the average of ventilator support of 7.22 days, average length of stay in surgical intensive care unit 6.72 days and respiratory tract infection rate 27.3 percent. While the operational phase had the average of ventilator support of 3.94 days, average length of stay in surgical intensive care unit of 4.94 days and respiratory tract infection rate of 12.9 percent. The average score of practitioner satisfaction to the care plan protocol 4.18, average of patient's satisfaction to the care plan protocol 3.94

In conclusion, this study was a systematic care plan development which integrated nursing care, operational tools including continuous assessment. Consequently the developed nursing care plan decreased patient's complications, length of stay, direct and indirect medical cost along with patient and family's satisfaction.

Key words: nursing care plan, severe head injury, surgical intensive patients