



ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแล
ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

**Effect of Nursing Case Management Program on Care Outcomes in Patients
with Multiple Trauma**

ดวงกมล สุวรรณ

Duangamon Suwan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแล
ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

**Effect of Nursing Case Management Program on Care Outcomes in Patients
with Multiple Trauma**

ดวงกมล สุวรรณ

Duangamon Suwan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์
การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ผู้เขียน นางสาวดวงกมล สุวรรณ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)ประธาน กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)
..... กรรมการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)	(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)
..... กรรมการ (ดร.มารีสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่าผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวดวงกมล สุวรรณ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวดวงกมล สุวรรณ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
ผู้เขียน	นางสาวดวงกมล สุวรรณ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเป็นเวลา 14 วัน โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายกรณีจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้โดยได้รับการสอน และฝึกทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมต่างๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเมินผลการทดลองด้วย (1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (3) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล (4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ (5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95, .93, .93 และ .88 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดความเท่าเทียมกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความเท่าเทียมเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีอิสระ และสถิติแมนวิทนี่ ยู

ผลการศึกษา พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{38} = -7.79, p < .001$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันโดยรวมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{38} = -9.67, p < .001$) และค่าเฉลี่ยของอันดับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.65, p < .001$)
3. ค่าเฉลี่ยของอันดับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.25, p < .001$)
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยของอันดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ได้ผลลัพธ์การดูแลในด้านผู้ป่วย ด้านญาติผู้ดูแล และด้านทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังนั้นพยาบาลควรนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ คุ่มทุน และคุ้มค่า

Thesis Title	Effect of Nursing Case Management Program on Care Outcome in Patients with Multiple Trauma
Author	Duangamon Suwan
Major program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2015

ABSTRACT

This quasi-experimental study was aimed to examine the effect of nursing case management program (NCMP) on care outcome in patients with multiple trauma. Patients admitted in the trauma ward at Songklanagarind Hospital were divided into a control group (n = 20) and an experimental group (n = 20). The control group received usual care and the experimental group received NCMP for 14 day. The patients and caregivers in the experimental group were provided care using the clinical pathway by a multidisciplinary team and nurse case manager. Both patients and caregivers in the experimental group received teaching training skills in the activity of daily living and preventing complication. The outcomes of the NCMP were examined by (1) Patient Activity of Daily Living Questionnaire, (2) Patient-satisfaction Questionnaire, (3) Caregiver-satisfaction Questionnaire, (4) Multidisciplinary Team-Satisfaction Questionnaire, and (5) Caregiver-Ability to Perform Activities of Daily Living and Preventing Complication Questionnaire. The contents of these questionnaires were validated by 3 experts. The internal consistency of the Patient-Activity of daily Living Questionnaire, Patient-satisfaction Questionnaire, Caregiver- satisfaction Questionnaires, and Multidisciplinary Team-Satisfaction Questionnaire yielded Cronbach alpha coefficients of .95, .93, .93, and .88, respectively. The Caregiver-Ability to Perform Activities of Daily Living and Preventing Complication Questionnaire, yielded an inter-rater reliability of .84. The demographic data were analyzed using descriptive statistics and the hypotheses were examined using Independent t-test and Mann-Whitney U- test.

The results showed that:

1. The mean score of the patient activity of daily living in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t_{38} = -7.79, p < .001$).
2. The mean score of the caregivers' ability to perform daily activities in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t_{38} = -9.67, p < .001$) and the mean rank of the caregivers' ability of preventing complications in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($z = -5.65, p < .001$).
3. The mean rank of length of hospital stay in the experimental group was significantly less than that of the control group ($z = -4.25, p < .001$).
4. The mean score of the patients' satisfaction in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p = .001$) the multidisciplinary teams' satisfaction in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .001$), and the mean ranks of the caregivers' satisfaction in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p = .001$).

This study revealed that patients who received NCMP had better outcomes as compared to those who received usual care. Therefore, it is suggested to implement this NCMP in patients with multiple trauma injuries in order to promote quality of nursing care with cost and time effectiveness.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเพียรพยายาม ความมุ่งมั่น และความอดทนของผู้วิจัย รวมทั้งได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลืออย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา ที่คอยชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา และตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งได้วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย รวมทั้งนักกายภาพบำบัด เกสซกร หน่วยดูแลระบบหายใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือชี้แนะให้คำปรึกษา ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และน้องชาย ที่คอยให้กำลังใจ ดูแลช่วยเหลือผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ซึ่งเป็นแหล่งกำลังใจสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยที่คอยช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง และขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยโดยเฉพาะเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลมหาดำเนินชีวิตทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจกันเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณงานบัณฑิตวิทยาลัยทั้งของคณะพยาบาลศาสตร์ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ติดต่อประสานงานและดำเนินการเรื่องต่าง ๆ ให้ผู้วิจัย อีกทั้งขอขอบพระคุณสถานวิจัยระบบการดูแลและเฝ้าระวังผู้บาดเจ็บ นุกลงเงินและสาธารณะภักย์ที่ให้การสนับสนุนในการนำเสนอผลงาน และบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้กับผู้วิจัย

สุดท้ายผู้วิจัยขอให้ทุกท่านที่ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทั้งที่เอ่ยนามและที่ไม่ได้เอ่ยนามจงได้รับผลประโยชน์จากการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ของผู้วิจัย

ดวงกมล สุวรรณ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	12
นิยามศัพท์.....	12
ขอบเขตของการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ.....	17
กลไกของการบาดเจ็บหลายระบบ.....	17
การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ.....	17
พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง และการดูแลเมื่อเกิดการบาดเจ็บ หลายระบบ.....	18
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ.....	24
ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย บาดเจ็บหลายระบบ.....	33
ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ.....	35
บทบาทของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน.....	40
แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	44
ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	44
รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	44
องค์ประกอบของการจัดการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	47
กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	61
ปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีประสิทธิภาพและ ประสบผลสำเร็จ.....	64
การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและเครื่องมือที่ใช้ใน การประเมินผลลัพธ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์.....	66
สรุปวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	74
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	76
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	76
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	77
การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	78
รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการศึกษาครั้งนี้.....	78
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	91
เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	92
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	93
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
การศึกษานำร่อง.....	101
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	102
วิธีดำเนินการวิจัย.....	103

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	112
ผลการวิจัย.....	112
การอภิปรายผล.....	128
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	138
สรุปผลการวิจัย.....	138
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	139
ข้อเสนอแนะ.....	140
เอกสารอ้างอิง.....	142
ภาคผนวก.....	152
ก แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	153
ข การคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size).....	165
ค การคำนวณระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ.....	166
ง เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	167
จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	170
ฉ ตารางทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรตาม.....	201
ช ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขา วิชาชีพ.....	206
ซ ผลความแปรปรวนภายใน 14 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน กลุ่มควบคุม.....	209
ณ เอกสารรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	210
ญ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	211
ประวัติผู้เขียน.....	212

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	114
2	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุของผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ.....	116
3	เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	116
4	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ.....	118
5	เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	119
6	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุของทีมสหสาขาวิชาชีพ และระยะเวลาในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ.....	120
7	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ.....	121
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ.....	122
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ.....	123
10	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยอันดับ(Mean Rank) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range [IQR]) ของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติแมนวิทนียู.....	123

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
11	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ.....	124
12	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (MeanRank) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range [IQR]) ของความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติแมนวิทนียู.....	125
13	เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ การเกิดความแปรปรวน สาเหตุความแปรปรวน และความแปรปรวนที่พบใน 14 วัน ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	126
14	เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ความเพียงพอของรายได้ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	127
15	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ.....	128

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
2	Multidisciplinary model.....	47
3	Interdisciplinary model.....	48
4	Transdisciplinary model.....	49
5	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม.....	110
6	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง.....	111

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Butcher & Balogh, 2014; Newberry, 2003) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรที่เป็นแรงกระแทกจากภายนอกทั้งสิ้น ทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ (สมหมาย, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บมีมากขึ้น ดังในประเทศอเมริกาในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 41 ล้านคน ต้องนอนโรงพยาบาล 2.3 ล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบมากเป็นอันดับ 1 โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 180,000 คน (Trauma statistics, 2014) เช่นเดียวกับในประเทศไทย พบว่าแนวโน้มของผู้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2554-2557 ปีละประมาณ 11,216-14,021 ราย (สำนักอำนวยการความปลอดภัย, 2557) และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2554-2557 ปีละประมาณ 386-430 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2557)

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหลายระบบพร้อม ๆ กัน ซึ่งผลกระทบของการบาดเจ็บหลายระบบจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ ถ้าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บสูงก็จะทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Baker, O' Neill, Haddon & long, 1974) ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้บาดเจ็บร้อยละ 52 มีความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง โดยมีคะแนนระหว่าง 1-15 และผู้บาดเจ็บร้อยละ 37 มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงรุนแรงมาก โดยมีคะแนนระหว่าง 16-49 (หน่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2557) ข้อมูลจากรายงานผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าอวัยวะที่มีการบาดเจ็บพบมากที่สุด คือ กระดูกแขน ขา รองลงมา คือ กระดูกสันหลัง บาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องท้อง และบาดเจ็บทรวงอก ตามลำดับ (หน่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2557) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บป่วยหลายระบบตั้งแต่ระยะแรก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงรุนแรงมาก จะมีภาวะการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อนโดยมีผลกระทบกับทุกระบบของร่างกาย ซึ่งผลกระทบของการบาดเจ็บมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ดังเช่นอาจทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต มีภาวะแขนขาอ่อนแรง โดยอาจจะอ่อนแรงทั้งแขนและขา หรืออ่อนแรงครึ่งล่าง (paraplegia) และอาจเป็นอัมพาต (Morganti, Raghupathi, & Mass, 2012) ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ก้าวร้าว ความจำพร่อง และอาจทำให้เกิดความพิการตามมาหลังได้รับบาดเจ็บ (Granacher, 2008) อาจทำให้หลอดเลือดขนาดใหญ่เกิดเกิดการสูญเสียเลือดจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะช็อกและอาจเสียชีวิตได้ รวมทั้งการมีบาดแผลทะลุช่องท้องและมีการฉีกขาดของอวัยวะภายใน โดยเฉพาะทางเดินอาหารอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนและการติดเชื้อตามมา ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด (ปิ่นทิพย์, 2544) และการบาดเจ็บจะทำให้โครงสร้างของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บเกิดการอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด ไม่สุขสบาย การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ซึ่งผลกระทบของการบาดเจ็บดังกล่าวทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง หรือในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาการดูแลจากญาติผู้ดูแลบางส่วน หรือทั้งหมด (กิ่งแก้ว, 2543; อภิชนา, 2557) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ หลาย ๆ สาขาที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน ไปสู่ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการรูปแบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับการบาดเจ็บที่มีความรุนแรงและความซับซ้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงและต้องดูแลระยะยาว ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาคด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไปได้ (ศิริอรและพิเชต, 2556)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน คือ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นการจัดการ โรค (disease management) เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อน มีโรคร่วมหลายโรค ต้องการการดูแลระยะยาวและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง โดยเน้นคุณภาพการบริการและค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าและคุ้มค่า คือ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลปัญหาที่รุนแรงและซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง ได้รับการฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่ายอย่างครอบคลุม มีแหล่งประโยชน์และทรัพยากรที่สนับสนุนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งมีการออกแบบและพัฒนา ระบบบริการและบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการดูแล โดยมีแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ร่วมกับการจัดการทรัพยากรทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปตามความจริง (ศิริอรและพิเชต, 2556)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งทำหน้าที่ สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล โดยมีการประเมิน วางแผน จัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานของกระบวนการ รักษาพยาบาล กำกับดูแล ประเมินผล และติดตามผล รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับ บริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม และส่งเสริมการจัดการตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีการนำ หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อสร้างทางเลือกของบริการ พร้อมทั้งค้นหาและจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม มีการจัดการความเสี่ยง และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นเครื่องมือเพื่อเป็น แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งส่งเสริมให้ เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพ และความคุ้มค่าของการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล (ศิริอรและพิเชต, 2556; Whitaker, 2010)

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมา มีการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีกระบวนการและ โครงสร้างที่เป็นองค์ประกอบที่นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วย (Bisiani & Jurgens, 2015; Joo, Huber, & Bc, 2014) หลายมิติ ได้แก่ มีการสื่อสารกัน โดยตรงภายในทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ทำให้ลดการทำงานแบบแยกส่วนและไม่เกิดการงานที่ซ้ำซ้อน สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง (Joo, Huber, & Bc, 2014) ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายทำให้เกิด ความคุ้มค่าและคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังที่มีการสรุปการศึกษาในต่างประเทศ (ศิริอรและพิเชต, 2556) ที่พบว่ามีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้เพื่อเป็นระบบชดเชย ค่าบริการทั้งแบบเหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายค่าชดเชยหลังการให้บริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มี คุณภาพกับผู้รับบริการ และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการดูแลรักษา

ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการ ดูแลผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยให้ผลลัพธ์ที่ดี คือ สามารถเพิ่มความสามารถของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถของญาติผู้ดูแล เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งสามารถลดค่ารักษาพยาบาลและลดจำนวนวันนอน โรงพยาบาล ดังเช่นการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 (อุษา, 2555) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภัคพร, นาฎยา, ชนกพร, และปรีชาติ, 2554) และผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไต (Chow & Wong, 2014) พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งด้านการปฏิบัติในการดูแลตนเอง และด้านความรู้ในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่ารักษาพยาบาล (ภัคพรและคณะ, 2554; วลัยและอนัญญา, 2552) รวมทั้งมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในกลุ่มที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก (ประภาพร, 2554) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (พิไลวรรณ, กัญญารัตน์, และหทัยรัตน์, 2553) และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (สุวนิตย์, 2554) พบว่าสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและลดค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (วิภาดา, 2555)

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในประเทศไทยยังไม่ชัดเจน แม้ว่าจะมีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ยังไม่พบว่าในประเทศไทยมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ยกเว้นในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 2-15 วัน (Curtis et al., 2002; Sesperez et al., 2001) และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ (Sesperez et al., 2001) และจากการทบทวนวรรณคดี พบว่าโดยส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 7-21 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปและมีการบาดเจ็บศีรษะรุนแรงร่วมด้วย ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยประมาณ 21 วัน เนื่องจากยังขาดการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป็น 14 วัน โดยศึกษาทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วย ย้อนหลังระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงรุนแรงมาก มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 วัน

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มักได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด (Dutton et al., 2003; Gurses & Xiao, 2006; Haan et al., 2007; O' Mahony, Mazur, Charney, Wang, & Fine, 2007; Sen et al., 2009; Vitaz, McIlvoy, Raque, Spain, & Shields, 2001) ที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งต้องการผู้จัดการและประสานการทำงานเป็นทีมเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล เช่นเดียวกับในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มี

ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม อุบัติเหตุ แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด เกสซิกเกอร์ หน่วยดูแลระบบหายใจ และนักสังคมสงเคราะห์ จะร่วมกันตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ผลการวิเคราะห์จากเอกสารและรายงานผู้ป่วยย้อนหลัง พบว่ามีประเด็นปัญหาหลายประการ เช่น (1) มีการบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่แยกส่วนกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลยังไม่เต็มที่และขาดความต่อเนื่อง เกิดการทำงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นไปอย่างล่าช้า (2) ยังไม่มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากขาดผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการประสานงานอย่างเป็นทางการ การติดตามและบันทึกผลการดูแลของแต่ละวิชาชีพยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือพยาบาลเจ้าของไข้ยังไม่สามารถจัดการประสานงานหรือดูแลได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เนื่องจากภาระงานที่ต้องให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เร่งด่วนซึ่งคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยก่อน (3) ไม่มีแผนการดูแลที่เป็นแนวทางของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางที่เป็นรูปธรรมชัดเจน สื่อการสอนที่ไข้ยังไม่ครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมด ขาดการกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบอย่างเป็นทางการในการสอนและการฝึกทักษะต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (4) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทีมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลทั้งด้านทักษะ และด้านความรู้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทำให้เกิดความล่าช้าในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และ(5) ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์การดูแลด้านผู้ป่วยและค่ารักษา โดยวิเคราะห์จากคำสั่งการจำหน่ายของแพทย์ และวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจริงที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ต้องอยู่โรงพยาบาลต่อเฉลี่ย 4.3 วัน ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2,580 บาทต่อราย และผู้วิจัยได้สำรวจเบื้องต้นจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ 6 ราย ข้อติดแข็ง 6 ราย ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ 4 ราย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3 ราย ติดเชื้อที่ปอด 1 ราย และผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ 19 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2557) ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และมีการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ดังเช่นที่ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง(ศิริอรและพิเชต, 2556) ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย
4. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือไม่
2. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือไม่
3. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือไม่
4. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) รูปแบบการจัดการโรค (disease management model) โดยใช้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของโพเวลล์และทาเฮ็น (Powell & Tahan, 2010) ซึ่งมี 7 ขั้นตอน คือ (1) การค้นหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา (3) การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการประสานงาน (4) การดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (5) การประเมินและการติดตามผล (6) การติดตามอย่างต่อเนื่องและการประเมินสภาพใหม่หลังจำหน่าย (7) การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมเน้นการดำเนินการเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยตัดขั้นตอนที่ 6 อันเป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องและการประเมินสภาพใหม่หลังจำหน่าย เพื่อให้ครอบคลุมบริบทการดูแลผู้ป่วยระดับหลายระบบในโรงพยาบาล แนวปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลได้บูรณาการเข้ากับแผนการดูแล โดยอาศัยกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน ซึ่งมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ (1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (2) ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังแสดงในภาพที่ 1 มีขั้นตอนดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงระดับรุนแรงมาก ISS ระหว่าง 16-49
2. การประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา (assessment/problem identification) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประเมินสภาพเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิทธิการรักษาและในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตามความจำเป็นตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
3. การวางแผนและการประสานงาน (development and coordination of the case plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกำหนดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยของแต่ละสาขาวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย หรือครบกำหนดระยะเวลา 14 วัน ซึ่งแบ่งการดูแลเป็น 4 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะแรกรับ วันที่ 1 ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการของโรค โดยให้การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย

3.2 ระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย วันที่ 2-7 ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลตนเองและให้การพยาบาลตามประเด็นปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การดูแลให้อาหารและน้ำ การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและข้อติดแข็ง เป็นต้น การดูแลการนอนหลับพักผ่อน และการดูแลการขับถ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย วันที่ 8-12 ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล เป็นรายบุคคลแบบองค์รวม มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลตนเองได้ และให้การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และให้ความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การดูแลให้อาหารและน้ำ การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและข้อติดแข็ง เป็นต้น การดูแลการนอนหลับพักผ่อน และการดูแลการขับถ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3.4 ระยะจำหน่าย วันที่ 13-14 ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่าย เพื่อให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ ด้วยการให้

ความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะตามรูปแบบ METHOD และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิ์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ร่วมกับค้นหาแหล่งทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และประสานงานให้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งประสานงานกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ หน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และองค์การบริหารส่วนตำบล

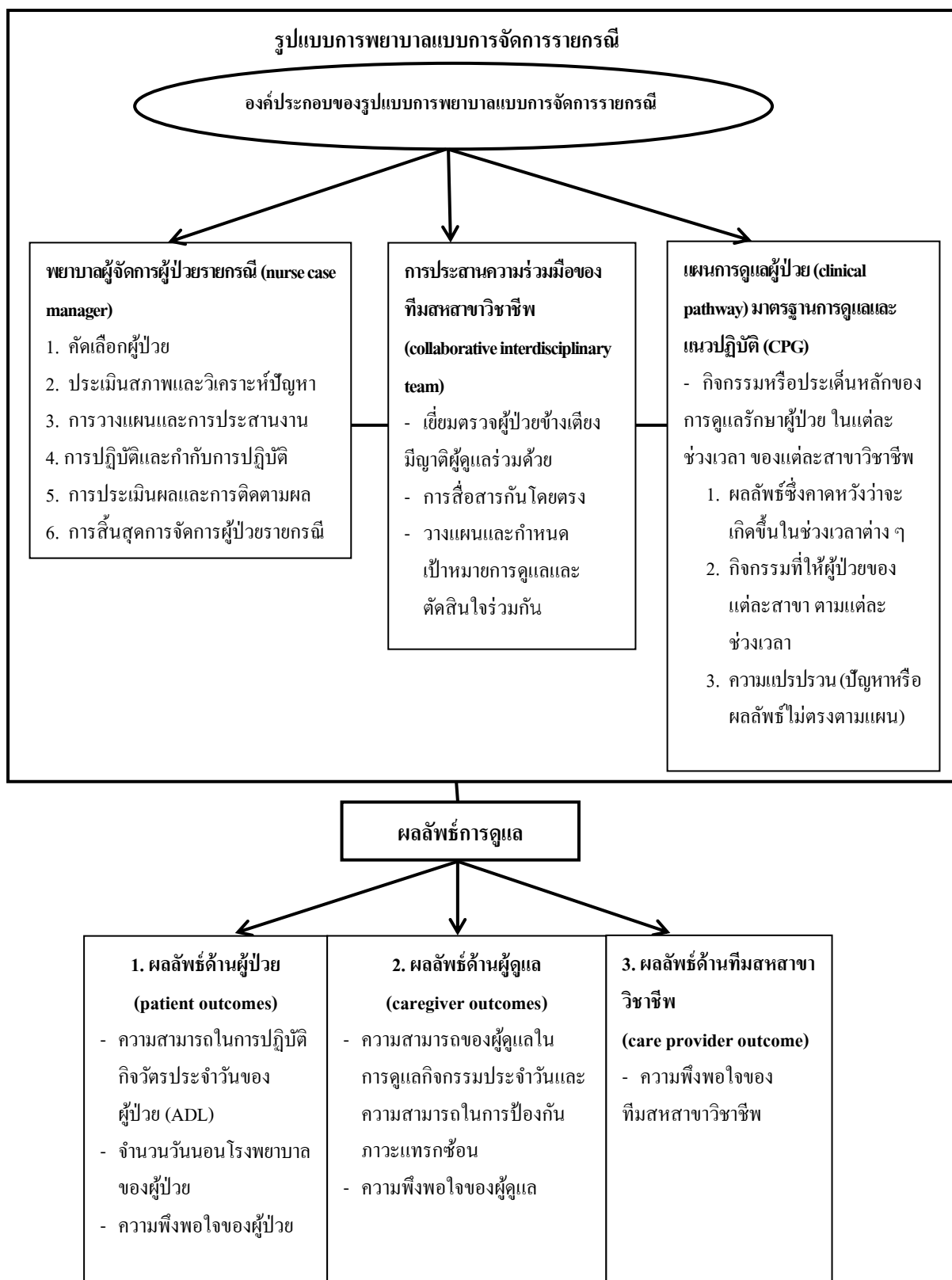
4. การปฏิบัติและกำกับการปฏิบัติ (implementation of the case plan) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแล (clinical pathway) โดยแต่ละวิชาชีพปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามแผนการดูแล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง อำนาจความสะดวก สนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและปฏิบัติการดูแล โดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำหน้าที่กำกับให้การปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพเป็นไปตามแผนการดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ รวมทั้งบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการจัดการรายกรณีทุกวัน โดยกำหนดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันอังคารเวลา 12.30-13.00 น. และนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ระหว่าง 8.00-16.00 น. วันจันทร์-วันศุกร์ โดยติดตามผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหรือจนครบ 14 วัน

5. การประเมินผลและการติดตามผล (evaluation and follow up) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประเมินผลตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่กำหนดไว้ ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาดูแล และติดตามผลต่อไปจนกระทั่งจำหน่ายหรือจนครบ 14 วัน โดยประเมินผลทุกวันอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาหรือผลลัพธ์ไม่ตรงตามแผน (ความแปรปรวน) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันทบทวนและปรับแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

6. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (termination of case management service) เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณในระดับสูงสุด รวมทั้งการบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่เป็นผู้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วัน โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

โดยมีการวัดผลลัพธ์ (outcomes) 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient outcomes) ประกอบด้วย (1.1)ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (1.2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (1.3) ความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. ผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล (caregiver outcomes) ประกอบด้วย (2.1) ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (2.2) ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล
3. ผลลัพธ์ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ (care provider outcome) ประกอบด้วยความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ



ภาพ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
3. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
4. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความพึงพอใจของผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

นิยามศัพท์

รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หมายถึง กิจกรรมที่มีการดำเนินการโดยพยาบาลเป็นผู้จัดการและประสานการดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงรุนแรงมาก (Injury Severity Score: ISS) ระหว่าง 16-49 คะแนน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ (1) พยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีกระบวนการในการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอนที่ประยุกต์ตามขั้นตอนของ โพลเวลและทาเฮ็น (Powell & Tahan, 2010) (2) การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด หน่วยดูแลระบบหายใจ เกสซิกเกอร์ และนักสังคมสงเคราะห์ โดยมีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และ (3) ใช้แผนการดูแล (clinical pathway) และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือเพื่อกำกับแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมที่จะให้แก่ผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยกำหนดเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ามารักษาจนกระทั่งจำหน่าย หรือจนครบ 14 วัน แบ่งการดูแลออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะแรกรับวันที่ 1 (2) ระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย วันที่ 2-7 (3) ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย วันที่ 8-12 และ (4) ระยะจำหน่ายวันที่ 13-14

ผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์ 3 ด้าน ได้แก่

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient outcomes) ประเมินดังนี้

1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 10 กิจกรรม คือ (1) การรับประทานอาหาร (2) การขึ้นลงจากเตียง (3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4) การเข้าห้องน้ำ (5) การอาบน้ำ (6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (7) การขึ้นบันได (8) การแต่งตัว (9) การถ่ายอุจจาระ และ(10) การปัสสาวะ ประเมินด้วยแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ที่สร้างโดยมาร์โฮนีและบาร์เทธ (Mahoney & Barthel, อ้างตามสถาบันประสาทวิทยา, 2550) โดยสถาบันประสาทวิทยาได้แปลเป็นภาษาไทย มีการแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองน้อย

1.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยประเมินจากจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงเวลา 24.00 น. ถ้าเกินเวลาที่กำหนดจะนับเป็นวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มอีก 1 วัน

1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ป่วย 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (2) ความพึงพอใจด้านการประสานงานของการบริการ (3) ความพึงพอใจด้านอภัยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ (4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ และ(5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยของจิราพร (2544) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อย

2. ผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล (caregiver outcomes) ประเมินดังนี้

2.1 ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินจากความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6 ด้าน ได้แก่ (1) การดูแลด้านการให้อาหารและน้ำ (2) การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ (3) การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล (4) การดูแลด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อน (5) การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน และ(6) การดูแลด้านการขับถ่าย โดยใช้แบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถและทักษะของญาติผู้ดูแลของจอม (2540) การแปลผล

คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมาก คะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนน้อย

2.2 ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลประเมินจากความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ (2) ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการที่ได้รับ (3) ด้านการทำงานของบุคลากร (4) ด้านอุปกรณ์ (5) ด้านการดูแลให้รับข้อมูล และ(6) ด้านการดูแลให้บริการตามสิทธิ์ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลของเพชร (2552) การแปลผลคะแนนคะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมาก คะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อย

3. ผลลัพธ์ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ (care provider outcome) ประเมิน ดังนี้

ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินจากความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านคุณภาพของผลงาน (2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม (3) ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม (4) ด้านความต่อเนื่องของการบริการ และ(5) ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพของสมพร (2552) การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง สิ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมาก คะแนนน้อย หมายถึง สิ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อย

การดูแลตามปกติของโรงพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการดูแลทั่วไปในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด เภสัชกร หน่วยดูแลระบบหายใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังไม่ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมอย่างเป็นทางการ ยังไม่มีผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นทางการ และยังไม่มีการกำหนดแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นรูปธรรม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ระดับสาหัสถึงระดับรุนแรงมาก คือ มีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 โดยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือจนครบ 14 วัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพิจารณาประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในอนาคต และเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงโรคอื่น ๆ ต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการทำหน้าที่เป็นผู้นำในทีมสหวิชาชีพ และเป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

บทที่ 2

การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.1 กลไกของการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.2 การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS)
 - 1.3 พยาธิสภาพ อากาศ อาการแสดง และการดูแลเมื่อเกิดการบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.6 ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.7 บทบาทของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 - 1.8 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management)
 - 2.1 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.3 องค์ประกอบของการจัดผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.4 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. ปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ
4. การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

การบาดเจ็บหลายระบบ มีคำหลายคำในภาษาอังกฤษที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ major trauma, polytrauma, multitrauma, multiple injury หรือ critical trauma แต่ที่นิยมใช้ คือ polytrauma หมายถึง การบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Butcher & Balogh, 2014; Newberry, 2003) ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอาจทำให้เกิดความพิการตามมาหลังการบาดเจ็บ (Butcher & Balogh, 2014)

กลไกของการบาดเจ็บหลายระบบ

การบาดเจ็บหลายระบบ เกิดขึ้นเมื่อมีแรงจากภายนอกมากระทำต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับกลไกการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยมีกลไกการบาดเจ็บดังนี้ (Newberry, 2003)

1. การบาดเจ็บจากแรงกระแทก (blunt trauma) เป็นการบาดเจ็บจากแรงของวัตถุมากระทบต่อร่างกายแล้วมีการลดลงของความเร็วและหยุดลงอย่างกะทันหัน (deceleration injury) โดยที่เนื้อเยื่อและอวัยวะยังคงมีการเคลื่อนไหวไปข้างหน้า ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อของร่างกายโดยไม่มีแผลเปิดบริเวณผิวหนัง หรือไม่มีการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอก การวินิจฉัยเป็นไปได้ยาก เนื่องจากเป็นการบาดเจ็บที่เห็นไม่ชัด แต่อาจเป็นการบาดเจ็บที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

2. การบาดเจ็บจากการถูกทิ่มแทง (penetrating trauma) เป็นการบาดเจ็บจากวัตถุเคลื่อนไหวเจาะจงมาที่ร่างกาย ได้แก่ การถูกแทง ถูกยิง ทำให้เกิดการบาดเจ็บเฉพาะเนื้อเยื่อตามแนวที่ถูกแทง หรือถูกยิง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS)

การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ประเมินได้จากการวินิจฉัยตำแหน่งการบาดเจ็บจากแพทย์ใน 24 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยแบ่งการบาดเจ็บเป็น 6 ส่วน ดังนี้ (1) ศีรษะและลำคอ (2) ใบหน้า (3) ทรวงอก (4) ช่องท้องและอวัยวะในช่องเชิงกราน (5) กระดูกเชิงกราน และแขน ขา (6) ผิวหนัง แล้วนำข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์ที่เป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง 3 อันดับแรก มาหาค่าการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย (Abbreviated Injury Scale: AIS) ปัจจุบัน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้การหาค่าการจัด

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย (Abbreviated Injury Scale: AIS 2005) (Gennarelli, 2005) แล้วนำค่าการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย (Abbreviated Injury Scale: AIS) มาคำนวณระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ซึ่งพัฒนาโดยเบคเกอร์และคณะ (Baker, O' Neill, Haddon & long, 1974) (ดังภาคผนวก ก)

คะแนนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 75 คะแนน แบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้ 0-8 คะแนน คือ ความรุนแรงระดับเล็กน้อย 9-15 คะแนน คือ ความรุนแรงระดับปานกลาง 16-24 คะแนน คือ ความรุนแรงระดับสาหัส 25-49 คะแนน คือ ความรุนแรงระดับรุนแรงมาก 50-74 คะแนน คือ ความรุนแรงระดับวิกฤต 75 คะแนน คือ ความรุนแรงระดับมากที่สุด (Baker, O' Neill, Haddon & long, 1974) ซึ่งในงานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงระดับรุนแรงมาก ที่มีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49 เนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจากได้รับบาดเจ็บพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีความสาหัสและรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ชีวิตป่วย ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สาหัสและรุนแรงยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่เฉพาะ คือ ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ คุ้มทุน และคุ้มค่า

พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง และการดูแลเมื่อเกิดการบาดเจ็บหลายระบบ

1. การบาดเจ็บศีรษะ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการจราจร แบ่งระดับการบาดเจ็บโดยใช้ระดับความรู้สึกรู้ตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) คือ (1) บาดเจ็บศีรษะรุนแรง ระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 (2) บาดเจ็บศีรษะปานกลาง ระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) เท่ากับ 9-12 และ (3) บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) เท่ากับ 13-15 (Granacher, 2008)

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บศีรษะ (Granacher, 2008) ประกอบด้วย

1.1 การบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ เช่น หนังศีรษะถลอก ข้ำ นึกขาด

1.2 การแตกของกะโหลกศีรษะ สาเหตุเกิดจากมีแรงมากระทบศีรษะ ส่วนใหญ่จะพบการแตกของฐานกะโหลกศีรษะ (fracture base of skull) วินิจฉัยจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง อาการ

แสดงที่พบ ได้แก่ มีน้ำหล่อสมองออกทางจมูก (rhinorrhea) หรือมีน้ำหล่อสมองออกทางหู (otorrhea) ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในสมองได้

1.3 การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (traumatic brain injury) พยาธิสภาพของการบาดเจ็บจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกลไกการบาดเจ็บ ความรุนแรงและลักษณะของวัตถุที่มากระทบศีรษะ ทำให้สมองช้ำ (cerebral contusion) เป็นภาวะที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนชั่วคราว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสระหว่างพื้นผิวสมองกับกระดูกที่อยู่ในกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยอาจให้ประวัติหลังเกิดเหตุหมดสติชั่วคราวประมาณ 5-10 นาที อาการแสดงที่พบ ได้แก่ ถ้าพบรอยช้ำที่สมองส่วนขมับ ผู้ป่วยจะสับสน พบรอยช้ำที่สมองส่วนหน้าผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตครึ่งซีก แต่ถ้าก้านสมองช้ำผู้ป่วยจะหมดสติทันทีเป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือหลายวัน

1.4 เลือดออกในเนื้อสมอง (intracranial hemorrhage) อาการและความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือดออกและปริมาณที่เลือดออก ได้แก่

ภาวะมีเลือดออกอยู่ในช่องระหว่างด้านในของกะโหลกศีรษะและนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (epidural hematoma: EDH) มักจะสัมพันธ์กับการแตกของกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดการหนีกขาดของหลอดเลือดแดงเมนนิ่งเจียนที่อยู่ตรงกลาง (middle meningeal artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่อยู่ในเยื่อหุ้มสมอง

ภาวะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (subdural hematoma: SDH) ส่วนใหญ่มักพบที่สมองส่วนหน้า ถ้าเลือดออกอยู่ลึกถึงในเบซอน แกรงเกียน (basal ganglia) จะทำให้เกิดความเสียหายกระจายไปสมอง

ภาวะมีเลือดออกในชั้นเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage: ICH) มักเกิดบริเวณสมองส่วนหน้าด้านข้าง

ภาวะมีเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subdural hematoma: SDH) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการหนีกขาดของหลอดเลือดดำที่อยู่ในเยื่อหุ้มสมอง

อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ คือ มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือสับสน แขนขาอ่อนแรง รูม่านตาผิดปกติ ถ้ามีความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure) แล้วเกิดการตอบสนองคushing (cushing response) จะทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น ช่วงระหว่างความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกกว้าง (pulse pressure) และอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง (Granacher, 2008)

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 13-15 ที่มีประวัติจำเหตุการณ์ไม่ได้มากกว่า 5 นาที ควรทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกราย และประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอย่าง

ใกล้ซิดใน 24 ชั่วโมงแรก ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) 9-12 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ทำตามคำสั่งต่าง ๆ ได้ แต่จะสับสนหรือง่วงซึม ควรทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และดูแลอย่างใกล้ชิดโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำใน 12-24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะรุนแรง ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรีบทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และใส่ท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด รวมทั้งให้การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุกชั่วโมง หากระดับความรู้สึกตัวลดลงควรเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ ซึ่งถ้าพบว่ามีเลือดออกในสมองต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553)

2. การบาดเจ็บกระดูกสันหลัง การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนใหญ่เกิดทั้งจากการกระแทก (blunt trauma) และจากการถูกที่มแทง (penetrating trauma) จากของมีคมหรือถูกยิง การบาดเจ็บส่วนใหญ่ ร้อยละ 55 เป็นการบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ 1 ถึง 7 ถึงกระดูกสันหลังระดับทรวงอกที่ 11 (cervical level: C1 to C7-T11) (Fehlings et al., 2013) โดยจะต้องจัดให้คออยู่นิ่ง ไม่เคลื่อนไหว โดยการใส่อุปกรณ์ที่ช่วยตรึงคอให้อยู่นิ่ง (Philadelphia collar) จนกว่าจะมีการประเมินทางระบบประสาทและแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวไม่เต็มที่หรือสับสน จำเป็นต้องมีการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553; Newberry, 2003) และต้องมีการเฝ้าระวังในการดูแลกระดูกสันหลัง โดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นเท่านั้น โดยพลิกตัวแบบท่อนซุง (log rolling) โดยควรพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะเมื่อมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden score) < 16 การบาดเจ็บกระดูกสันหลังจะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันไป ขึ้นกับระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้มีการสูญเสียความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อและสูญเสียการรับความรู้สึกจากส่วนของร่างกายที่อยู่ต่ำกว่ารอยโรคภายหลังการบาดเจ็บ การตรวจทวารหนักอาจไม่พบว่ามีรีเฟล็กซ์การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (bulbocavernosus reflex) และ (anal wink) เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะไขสันหลังช็อก (spinal shock) การประเมินที่แน่นอนต้องรอไปอีกระยะหนึ่ง เมื่อตรวจพบปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ bulbocavernosus reflex หรือ anal wink แสดงว่าผู้ป่วยพ้นภาวะไขสันหลังช็อกแล้ว (spinal shock) ส่วนมากภาวะไขสันหลังช็อกจะหายไปในระยะเวลาเป็นวันหรือไม่ก็สัปดาห์ และตรวจกำลังกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกของประสาทไขสันหลังช่วงที่ต่ำลงมาจากระดับที่ได้รับบาดเจ็บกลับฟื้นขึ้นมาบ้าง ถือเป็นบาดเจ็บไขสันหลังชนิดไม่สมบูรณ์ (incomplete cord injury) แต่ถ้าไม่มีอะไร

ฟื้นกลับมาเลย ก็ถือเป็นการบาดเจ็บไขสันหลังชนิดสมบูรณ์ (complete cord injury) (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553)

3. การบาดเจ็บทรวงอก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ทันทั่วถึง การบาดเจ็บทรวงอกเกือบร้อยละ 50 เกิดกับผนังทรวงอก ซึ่งความรุนแรง มีตั้งแต่ซี่โครงหักจนถึงภาวะอกกรวน (flail chest) และบาดแผลทรวงอกแบบเปิด มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดที่ผนังทรวงอกซึ่งอาจเสียเลือดได้ 30-100 cc ในแต่ละซี่ที่หัก หากมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดใหญ่ เช่น pulmonary artery หรือ aortic injury ปริมาณเลือดจะออกมากในเวลารวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (ปริษา, เรวัต, กฤษณ์, และอนันต์, 2547) การบาดเจ็บทรวงอกมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต เมื่อเกิดการบาดเจ็บทรวงอกมักจะพบอาการผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่ เสียงหายใจผิดปกติ หายใจตื้นและเร็ว ไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ อาจพบรอยช้ำหรือคล้ำใต้ลมใต้ผิวหนังบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (subcutaneous emphysema) เคาะทรวงอกด้านที่มีพยาธิสภาพจะพบเสียงป่องกว่าปกติ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95% ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว (cyanosis) ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง (hypercapnea) ถ้าบาดแผลบริเวณทรวงอกมีขนาดใหญ่และบาดแผลนั้นทะลุเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอด จะทำให้มีทางเปิดให้ลมเข้าปอด หากไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ลมจากภายนอกผ่านเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอด ส่งผลให้ความดันอากาศภายในทรวงอกข้างที่ได้รับบาดเจ็บสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดเสียไปเกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง (hypercapnea) และเกิดแรงดันในช่องเยื่อหุ้มปอด (tension pneumothorax) ตามมา รักษาโดยการใส่สายระบายทรวงอก (ICD) และหากการบาดเจ็บทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อปอดทำให้เกิดภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (hemothorax) วินิจฉัยโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก รักษาโดยการใส่สายระบายทรวงอกที่มีขนาดใหญ่เบอร์ 36 ซึ่งการใส่สายระบายทรวงอกขนาดใหญ่จะช่วยระบายเลือดได้ดีแล้วยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดได้ด้วย สิ่งที่สำคัญ คือ ควรเฝ้าระวังและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่มีเลือดออกมากต้องพิจารณาผ่าตัด คือ มีเลือดออกทันทีหลังใส่สายระบายทรวงอกในปริมาณที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,500 ซีซี หรือมีเลือดออกมากกว่า 200 ซีซี เป็นเวลา 2-4 ชั่วโมง (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553) และในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกตรงกลางหน้าอก (sternum) ควรจะได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553; Newberry, 2003)

4. การบาดเจ็บหัวใจ พบได้ทั้งการบาดเจ็บจากการถูกตีแทง เช่น ถูกแทง ถูกยิง หรือสะก๊ัดระเบิด และการบาดเจ็บจากแรงกระแทก เช่น อุบัติเหตุจากรถยนต์กรณีพวงมาลัยกระแทก

หน้าอก และตกจากที่สูง ซึ่งการบาดเจ็บหัวใจเป็นภาวะที่อันตรายที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) หายใจลำบาก และอาจเขียว (cyanosis) และความดันโลหิตต่ำ ซึ่งมีผลจากการเสียเลือด 150-200 ซีซี ไปกดหัวใจทำให้หัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) จะทำให้ขัดขวางการขยายตัวของหัวใจส่งผลให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวาตกลง และปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกต่อหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง ในกรณีที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บต่อหัวใจควรเตรียมให้สารละลายหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ คือ 16 หรือ 18 และทำการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ ส่วนกลางเพื่อประเมินความดันในหลอดเลือดดำ ถ้าพบว่าความดันโลหิตต่ำและความดันในหลอดเลือดดำสูงกว่าปกติมากกว่า 20 เซนติเมตรปรอท ให้นำถึงภาวะมีเลือดออกในเยื่อหุ้มหัวใจ และกวดการทำงานทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ยาก การรักษาถ้าได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในเยื่อหุ้มหัวใจ จะมีภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) หรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อซ่อมหรือเย็บปิดแผลที่หัวใจ (สุกษมและวิวัฒน์, 2543)

5. การบาดเจ็บช่องท้องและอุ้งเชิงกราน เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุการจราจร ซึ่งอาจเป็นการบาดเจ็บจากมีแผลทะลุหรือเป็นการบาดเจ็บจากการกระแทก ในการประเมินการบาดเจ็บช่องท้องและอุ้งเชิงกรานต้องระวังในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยที่เมา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกได้ การตรวจวินิจฉัยอาจพบรอยแผลถลอก รอยขีด แผลเปิด แผลฉีกขาดบริเวณช่องท้อง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และคลำดูอาจมีท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) หรือวัดความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (serial Hct) ทุก 4-6 ชั่วโมง ซึ่งจะบอกการเสียเลือดได้ การตรวจปัสสาวะเพื่อดูว่ามีเม็ดเลือดแดงปนในปัสสาวะแสดงว่ามีการบาดเจ็บทางเดินปัสสาวะ ตรวจอะไมเลสในเลือด (amylase) ถ้าสูงแสดงว่ามีการบาดเจ็บของลำไส้เล็กหรือตับอ่อน การทำการตรวจอุตราศาสตร์ในบริเวณต่าง ๆ ของช่องท้อง เพื่อตรวจหาน้ำจากช่องท้องซึ่งมักมีเลือดออกในช่องท้อง ถ้าผลเป็นบวกแสดงว่ามีการบาดเจ็บช่องท้อง แต่ความแม่นยำไม่แน่นอนขึ้นกับความชำนาญของผู้ทำการใส่สายยางลงทางเดินอาหาร หากตรวจพบว่ามีเลือดออกทางสายยางอาจบ่งบอกว่ามีการบาดเจ็บของระบบทางเดินอาหาร การเปิดแผลช่องท้องเพื่อใส่สายสวนช่องท้อง (diagnostic peritoneal lavage: DPL) นิยมทำในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บจากการกระแทก จะให้ผลบวกเมื่อคุณได้เลือดมากกว่า 10 ซีซี หรือพบว่ามีสารคัดหลั่งจากทางเดินอาหาร หรือผลการตรวจน้ำที่ออกมาจากการสวนช่องท้อง พบเม็ดเลือดแดง >100,000 เซลล์/ลูกบาศก์เมตร หรือพบเม็ดเลือดขาว > 500 เซลล์/ลูกบาศก์เมตร หรือพบอะไมเลส (amylase) >200 มิลลิวินิต/100 ซีซี หรือตรวจพบน้ำดี, อาหาร, เศษอุจจาระ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน (Newberry, 2003) การตรวจโดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

ช่องท้อง ซึ่งมีความละเอียดในการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่บาดเจ็บ รวมไปถึงการบาดเจ็บของอวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานได้ แต่การตรวจยังมีข้อจำกัดซึ่งอาจตรวจไม่พบภาวะเหล่านี้ในช่วงแรกของการบาดเจ็บ อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาตามมา (ปรีชา, เรวัต, กฤษณ์, และอนันต์, 2547; ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553)

6. การบาดเจ็บกระดูกและข้อ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ บริเวณกระดูกและข้อที่บาดเจ็บจะมีอาการปวด บวม การรักษา คือ ให้บริเวณกระดูกที่บาดเจ็บอยู่นิ่ง เช่น การดัดถ่วงน้ำหนัก การใส่เฝือก (Newberry, 2003) และหากพบภาวะที่มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือด (compartment syndrome) ซึ่งจะมีอาการ ปวด ชัด คลำชีพจรของอวัยวะส่วนปลายไม่ได้ มีอาการชาและอ่อนแรง ให้นึกถึงว่ามีการบาดเจ็บของหลอดเลือดร่วมด้วย (ไพรัช, 2541; ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553) ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้างและขาทั้งสองข้าง (ankle/brachial index: ABI) และนำเปรียบเทียบกับถ้าได้น้อยกว่า 0.9 แสดงว่ามีความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดจากการบาดเจ็บของหลอดเลือด (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553) ในผู้ป่วยที่พบว่ามีการหักแบบเปิด ต้องพิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อและยาป้องกันบาดทะยักอย่างเหมาะสม ในผู้ป่วยที่พบว่ามีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อรุนแรง เช่น ลักษณะการบาดเจ็บจากการบดขยี้ (crush injury) จะทำให้กล้ามเนื้อขาดเลือดและเกิดเนื้อตายทำให้มีการปล่อยสารโปรตีนไมโอโกลบิน (myoglobin) ในกระแสเลือดเกิดภาวะไมโอโกลบินูเรีย (myoglobinuria) ส่งผลให้มีการทำลายกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงเกิดภาวะแรมโดไมโอไลซิส (rhabdomyolysis) (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553; Newberry, 2003) ซึ่งอาการที่พบ คือ มีการเพิ่มของเอนไซม์ครีเอตินฟอสโฟไคเนส (creatin phosphokinase: CPK) จนกระทั่งเป็นมากเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และเกิดการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องทั่วร่างกาย ทำให้เกิดลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulopathy: DIC) จนอาจทำให้เกิดภาวะลิ่มเหลวของอวัยวะตามมา อาการที่พบ คือ ปัสสาวะเป็นสีคล้ำ และตรวจฮีโมโกลบินได้ผลบวก การรักษาโดยให้สารน้ำและพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะร่วมกับให้ยา sodium bicarbonate เพื่อช่วยลดโปรตีนไมโอโกลบินที่ไปทำลายไต โดยระหว่างให้สารน้ำและยาต้องประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ซีซี/ชั่วโมง จนกว่าปัสสาวะจะใส (ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553)

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาล มีการศึกษารูปแบบการดูแล แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ (1) ระยะแรกเริ่ม ณ ห้องฉุกเฉิน (2) ระยะการดูแลต่อเนื่อง ณ หอผู้ป่วย 3 วันแรก (3) ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย 3-14 วัน และ (4) ระยะจำหน่าย (Songwathana, Sae-Sia, Kitrungrate & Manoonya, 2014) แต่เนื่องจากการดูแลในระยะฉุกเฉินเป็นช่วงที่สั้นมาก ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้การจำแนกระยะการดูแลเริ่มจากการดูแล ณ หอผู้ป่วย จำแนกออกเป็น 4 ระยะ คือ (1) ระยะแรกเริ่ม ในหอผู้ป่วย 24 ชั่วโมงแรก (2) ระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย วันที่ 2-7 (3) ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย วันที่ 8-12 และ (4) ระยะจำหน่าย วันที่ 13-14 เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วที่สุด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพที่เหลืออยู่ รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วย โดยมีการดูแลเป็นทีมในแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะแรกเริ่ม วันที่ 1

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาโดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพทำการตรวจร่างกายของผู้ป่วยตามหลัก secondary survey, tertiary survey ซึ่งมีแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกเริ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (สุนิดา, 2552) ดังนี้

1.1.1 การประเมินสัญญาณชีพ

1.1.2 การประเมินระดับความรู้สึกตัว ซึ่งเป็นการตรวจร่างกายทางระบบประสาท (GCS) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การลืมตา การตอบสนองโดยคำพูด และการตอบสนองของการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยแบ่งเป็นส่วนประกอบย่อย ดังนี้ การตอบสนองโดยการลืมตา (E) ลืมตาเองได้ มีระดับคะแนน 4 ลืมตาเมื่อเรียก/กระตุ้น มีระดับคะแนน 3 ลืมตาเมื่อเจ็บ มีระดับคะแนน 2 ไม่ลืมตาเลย มีระดับคะแนน 1 กรณีที่ผู้ป่วยลืมตาทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ให้นับคะแนนโดยเลือกข้างที่ตอบสนองดีที่สุด ส่วนในกรณีที่ตาขมุกมากจนเปิดไม่ได้ ให้นับที่ก โดยใช้อักษร C (close) และบันทึกขนาดและลักษณะของรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง (Pupil), การตอบสนองโดยคำพูด (V) ประกอบด้วย พูดคุยได้ไม่สับสน มีระดับคะแนน 5 พูดคุยได้แต่สับสน มีระดับคะแนน 4 พูดเป็นคำๆ มีระดับคะแนน 3 ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด มีระดับคะแนน 2 ไม่ออกเสียงเลยมีระดับคะแนน 1 สำหรับผู้ป่วยที่มีการเจาะคอหรือมีการคาท่อช่วยหายใจอยู่ให้เขียนว่า T (tube) ลงในช่องไม่ออกเสียงเลย และการตอบสนองของการทำงานของกล้ามเนื้อ (M) ประกอบด้วย ทำตามสั่ง มีระดับคะแนน 6 ทราบตำแหน่งเจ็บ

มีระดับคะแนน 5 ชักแขนขาหนี มีระดับคะแนน 4 แขนขามีการเกร็งแบบศอกงอ มีระดับคะแนน 3 แขนขามีการเกร็งแบบศอกเหยียด มีระดับคะแนน 2 ไม่เคลื่อนไหวเลย มีระดับคะแนน 1

1.1.3 การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาทั้ง 2 ข้าง (motor power) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เกรด 0 คือ ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ เกรด 1 คือ มีการหดตัวของกล้ามเนื้อได้เล็กน้อยพอกระดิกนิ้วได้บ้าง เกรด 2 คือ เคลื่อนไหวในแนวราบได้ เกรด 3 คือ เคลื่อนไหวได้ ด้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ด้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ เกรด 4 คือ เคลื่อนไหวได้ด้านแรงโน้มถ่วงได้ ด้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง เกรด 5 คือ กำลังของกล้ามเนื้อปกติ

1.1.4 การประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย (SpO_2)

1.1.5 การประเมินประวัติสุขภาพอื่น ๆ โดยใช้หลัก (AMPLE) ได้แก่ ประเมินสิ่งที่แพ้และอาการแพ้ (Allergies) ประเมินยาที่ใช้เป็นประจำ (Medication) ประเมินการป่วยหรือการผ่าตัด (Past medical & surgical history) ประเมินเวลาและปริมาณอาหารที่รับประทานครั้งสุดท้าย (Last meal) และประเมินเหตุการณ์/สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ (Event/Environment relate to injury)

1.1.6 การประเมินการบาดเจ็บเฉพาะที่ ได้แก่ ประเมินการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ตา หู คอ จมูก มีน้ำหล่อสมองออกจากหู (otorrhea) หรือมีน้ำหล่อสมองออกจากจมูก (rhinorrhea) บริเวณลำคอ กระดูกคอ กระดูกสันหลัง อาการปวดหลัง ปวดคอ บริเวณทรวงอก กระดูกซี่โครงหัก เจ็บหน้าอก เสียงหายใจที่ผิดปกติ มีลมรั่วในช่องชั้นใต้ผิวหนัง บริเวณช่องท้อง ท้องตึงกดเจ็บ มีการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง การกดเจ็บบริเวณกระดูกเชิงกราน รวมทั้งอวัยวะเพศ และบริเวณแขน ขา มีแขนขาผิดรูป สภาพของหลอดเลือดและระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลำชีพจรไม่ได้ ชีต ซา อ่อนแรง การประเมินบาดแผล และปริมาณเลือดที่ออกจากแผล

1.1.7 การประเมินความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลขใช้ตัวเลข 0-10 (numeric rating scale: NRS) ส่วนในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ประเมินโดยใช้เครื่องมือสังเกตความปวด (Critical Care Pain Observation tool: CPOT) ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8

1.1.8 ประเมินการเกิดความเสียหายทางคลินิก (clinical risk) ได้แก่ IICP, Shock, Delayed diagnosis

1.1.9 การประเมินสภาพจิตใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ โกรธ ะอะ โวยวาย มีความไม่แน่ใจในเรื่องต่าง ๆ ซึมเศร้า ปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

1.1.10 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย การตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสี (X-Ray) ของทรวงอก กระโหลกศีรษะ กระดูกสันหลัง ช่องท้อง กระดูกเชิงกราน แขน ขา การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) การตรวจเพื่อหาภาวะเลือดออก

ในช่องท้อง (Diagnostic peritoneal lavage; DPL) การเปิดแผลเพื่อตรวจอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมอง ทรวงอก ช่องท้อง กระดูกสันหลัง การตรวจด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง (MRI) และการตรวจทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบแสงเข้าหลอดเลือดดำ (IVR) ประกอบด้วยภาพถ่ายภาพรูปร่าง ลักษณะการทำงานของไต ท่อทางเดินปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะ

1.1.11 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวัดความสมบูรณ์ของเลือด (Complete blood count: CBC) การตรวจระบบการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin time: PT) (Partial thromboplastin time: PTT) ยูเรียไนโตรเจน (Blood urea nitrogen: BUN) ครีเอตินีน (Creatinine: Cr), น้ำตาลในเลือด (Blood sugar: BS), สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte), การทำงานของตับ (Liver function test: LFT), การติดเชื้อเอชไอวี (Anti human immunodeficiency virus: Anti HIV), การตรวจปัสสาวะ (Urine exam: U/A), ค่าระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG) with lactate

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามประเด็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บ โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะแรกรับที่พบบ่อยโดยมีรายละเอียดดัง ภาคผนวก ง (สุณิดา, 2552)

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจก่อนที่ลดลงเนื่องจากภาวะช็อก/ปริมาตรเลือดและน้ำในร่างกายลดลง/การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง/การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดในสมอง

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเนื้อเยื่อปอดบาดเจ็บ/การขยายตัวของปอดลดลง/สมองได้รับบาดเจ็บ/ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่ลดลง

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเนื่องจากการบวมของเซลล์สมอง/เลือดออกในสมอง/ปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยที่ 4 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ/บาดเจ็บอวัยวะในช่องท้อง, ทรวงอก/กระดูกหัก/มีบาดแผล

1.3 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการเข้ารับการรักษา โดยพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด และการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลการตรวจทางรังสีด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง แผนการดูแลรักษา และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียม

อุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น แปรง สบู่ แปร่งสีฟัน ยาสีฟัน การติดต่อสิทธิบัตร เช่น การเตรียมเอกสาร พรบ. รด บัตร 30 บาท บัตรประกันสังคม

1.4 ทีมแพทย์ ดำเนินการวินิจฉัยโรคและให้การรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา ความก้าวหน้าของโรคให้กับผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล รวมทั้งการส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (เพชร, 2552)

2. ระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่ายวันที่ 2-7

2.1 โดยพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล ตามปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (สุนิดา, 2552) โดยมีการประเมิน ดังนี้

2.1.1 สัญญาณชีพ

2.1.2 ระดับความรู้สึกรู้ตัว

2.1.3 กำลังของกล้ามเนื้อแขนขาทั้ง 2 ข้าง

2.1.4 ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในร่างกาย

2.1.5 ประเมินน้ำหล่อสมองออกจากหู (otorrhea) หรือมีน้ำหล่อสมองออกจากจมูก

(rhinorrhea)

2.1.6 ประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ มีลมรั่วในช่องชั้นใต้ผิวหนัง

2.1.7 ประเมินท้องตึงกดเจ็บ การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

2.1.8 ประเมินการกดเจ็บบริเวณกระดูกเชิงกราน รวมทั้งอวัยวะเพศ

2.1.9 ประเมินอาการแขนและขาวม กดเจ็บ และสภาพของหลอดเลือด รวมทั้งระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลำชีพจรไม่ได้ ชีด ชา อ่อนแรง

2.1.10 ประเมินบาดแผล ลึงค์คดหลังที่ออกจากแผล และความรู้/ทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลแผล

2.1.11 ประเมินความเจ็บปวด

2.1.12 ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

2.1.13 ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.1.14 ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

2.1.15 ประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

2.1.16 ประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk) ได้แก่ IICP, Shock, Delayed diagnosis, การให้ยาผิด, การให้เลือดผิด, ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ, sepsis, ติดเชื้อ central line, ตกเตียง

2.1.17 ประเมินเพื่อค้นหาผู้ดูแลหลัก (care giver) 1-2 คน

2.2 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย การตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ ถ่ายภาพรังสี (X-Ray) ของทรวงอก ช่องท้อง กระดูกเชิงกราน แขน ขา การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมอง ทรวงอก ช่องท้อง การตรวจทางรังสีด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง (MRI) การตรวจทางรังสีวิทยาหลอดเลือดโดยการฉีดสารทึบรังสีเพื่อตรวจดูรอยโรคและอาจทำการรักษาด้วยสารอุดหลอดเลือดหรือวัสดุต่างๆ (Angiogram)

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวัดความสมบูรณ์ของเลือด (Complete blood count: CBC) การตรวจระบบการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin time: PT) (Partial thromboplastin time: PTT) สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) ค่าระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG) with lactate

2.4 การพยาบาลตามประเด็นปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ในระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พบบ่อย โดยมีรายละเอียดดังภาคผนวก ง (สุณิดา, 2552)

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจก่อนที่ลดลงเนื่องจากภาวะช็อก/ ปริมาตรเลือดและน้ำในร่างกายลดลง/การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง/การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดในสมอง

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเนื้อเยื่อปอดบาดเจ็บ/การขยายตัวของปอดลดลง/สมองได้รับบาดเจ็บ/ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่ลดลง

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเนื่องจากการบวมของเซลล์สมอง/เลือดออกในสมอง/ปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยที่ 4 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ/บาดเจ็บอวัยวะในช่องท้อง, ทรวงอก/กระดูกหัก/มีบาดแผล

ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ/มีแผลฉีกขาด / กระดูกหักแบบเปิด/แผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยที่ 6 เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ/ข้อติดแข็ง/ปอดอักเสบ/ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ/ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ

2.5 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด การตรวจพิเศษต่าง ๆ และแผนการดูแลรักษา และให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อำนาจความสะดวกในการติดต่อสิทธิบัตร ได้แก่ พรบ. รด บัตร 30 บาท บัตรประกันสังคม และส่งปรึกษาหน่วยสังคมสงเคราะห์ในรายที่มีปัญหาการรักษาพยาบาล (เพชร, 2552)

2.6 ทีมแพทย์ ดำเนินการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และความก้าวหน้าของโรคให้กับผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล รวมทั้งส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (เพชร, 2552)

2.7 นักกายภาพบำบัด ดำเนินการประเมินปัญหาของผู้ป่วย และให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพตามปัญหาที่พบ ได้แก่ การสอน/สาธิต/ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในเรื่องการฝึกหายใจ การทำกายภาพบำบัด การจัดทำ การทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเอง การเคลื่อนย้ายด้วยอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น (เพชร, 2552)

2.8 นักกิจกรรมบำบัด ดำเนินการประเมินความบกพร่องตามหน้าที่ เพื่อค้นหาสาเหตุของความบกพร่องตามองค์ประกอบของการทำกิจกรรม และการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามปัญหาที่พบ โดยการสอน/สาธิต/ฝึกทักษะเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านงานและอาชีพ ด้านการพักผ่อน และงานอดิเรก (เพชร, 2552)

2.9 เกสัชกร ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาและจ่ายยาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับยาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ (เพชร, 2552)

2.10 นักโภชนาการ ดำเนินการประเมินปริมาณพลังงานและสารอาหารตามความเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลเข้าใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารของผู้ป่วย (เพชร, 2552)

2.11 นักสังคมสงเคราะห์ ให้การดูแลผู้ป่วยในการรับปรึกษาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ในเรื่องการได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ (เพชร, 2552)

3. ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่ายวันที่ 8-12

3.1 พยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล ตามปัญหาของผู้ป่วย เป็นรายบุคคล (สุนิดา, 2552) โดยมีการประเมิน ดังนี้

3.1.1 สัญญาณชีพ

3.1.2 ระดับความรู้สึกตัว

3.1.3 กำลังของกล้ามเนื้อ

3.1.4 บาดแผล ความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการทำแผล และดูแลสายระบายสารคัดหลั่งจากแผล

3.1.5 ความเจ็บปวด

3.1.6 ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

3.1.7 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.1.8 การประเมินสภาพจิตใจ

3.1.9 ความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

3.1.10 ประเมินการเกิดความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk) ได้แก่ การให้ยาผิด, การให้เลือดผิด, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis), ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, ตกเตียง

3.1.11 ประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล ด้านความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งทักษะในการจัดการความเสี่ยงเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว

3.2 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ประกอบด้วยการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ ถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ (X-Ray) ของทรวงอก ช่องท้อง กระดูกแขน ขา การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมอง ช่องท้อง และทรวงอก

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวัดความสมบูรณ์ของเลือด Complete blood count: CBC) การตรวจสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte)

3.4 การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พบบ่อย (สุนิดา, 2552) โดยมีรายละเอียดดัง ภาคผนวก ง

ข้อวินิจฉัยที่ 1 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ/บาดเจ็บอวัยวะในช่องท้อง, ทรวงอก/กระดูกหัก/มีบาดแผล

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ/มีแผลฉีกขาด/กระดูกหักแบบเปิด/แผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ/ข้อติดแข็ง/ปอดอักเสบ/
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ/ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ

ข้อวินิจฉัยที่ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับความ
รู้สึกตัวลดลง/แขนขาอ่อนแรง/ปวดแผล

ข้อวินิจฉัยที่ 6 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย

3.5 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด และการ
ตรวจพิเศษต่าง ๆ แผนการดูแลรักษา และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ติดตาม
ความก้าวหน้าในการติดต่อสื่อได้แก่ พรบ.รท บัตร 30 บาท บัตรประกันสังคม และติดตาม
ความก้าวหน้าของการขอคำปรึกษาจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ในรายที่มีปัญหาคำปรึกษาพยาบาล
(เพชรรา, 2552)

3.6 ทีมแพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเนื่อง มีการติดตามผลและให้คำปรึกษาแก่ทีมสห
สาขาวิชาชีพอื่น ๆ ในกรณีที่ไม่เป็นไปตามแผน (เพชรรา, 2552)

3.7 นักกายภาพบำบัด ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และให้การบำบัด
ฟื้นฟูสภาพตามปัญหาที่พบอย่างต่อเนื่อง และมีการสอน/สาธิต/ฝึกทักษะ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการ
ฝึกหายใจ การทำกายภาพบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำ การทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเอง และ
การเคลื่อนย้ายด้วยอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็น รวมทั้งวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (เพชรรา, 2552)

3.8 นักกิจกรรมบำบัด ประเมินความบกพร่องตามหน้าที่เพื่อค้นหาสาเหตุของความบกพร่อง
ตามองค์ประกอบของการทำกิจกรรม และการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามปัญหาที่พบอย่างต่อเนื่อง
โดยการสอน/สาธิต/ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านงาน
และอาชีพ ด้านการพักผ่อน และงานอดิเรก รวมทั้งวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (เพชรรา, 2552)

3.9 เภสัชกร ดำเนินการเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยา การจ่ายยาแก่ผู้ป่วย และการเฝ้าระวัง
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (เพชรรา, 2552)

3.10 นักโภชนาการ ดำเนินการจัดเตรียมอาหารตามความสถานะของผู้ป่วยและตามแผน
การรักษาของแพทย์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล ให้เข้าใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการ
บริโภคอาหารของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (เพชรรา, 2552)

3.11 นักสังคมสงเคราะห์ ให้การดูแลผู้ป่วยในการรับปรึกษาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ
ปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ
ครอบคลุมถึงการดูแลญาติในเรื่องเบี้ยยังชีพ เสื้อผ้า ของใช้ ที่พัก และวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
(เพชรรา, 2552)

4. ระยะจำหน่าย วันที่ 13-14 โดยการประเมินความพร้อมและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และผู้ดูแลก่อนจำหน่ายและให้การพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล (สุนิดา, 2552) ดังนี้

4.1 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในเรื่อง (1) สัญญาชีพ (2) ระดับความรู้สึกรู้ตัว (3) กำลังของกล้ามเนื้อแขนขา (4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

4.2 การประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลในด้านความสามารถด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเสี่ยงเมื่อ กลับไปอยู่กับครอบครัว

4.3 การตรวจวินิจฉัย เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)

4.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte)

4.5 การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระยะจำหน่าย โดยมีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบระยะจำหน่าย (สุนิดา, 2552) โดยมีรายละเอียดดัง ภาคผนวก ง

ข้อวินิจฉัยที่ 1 ความสามารถของผู้ป่วยในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจาก ระดับความรู้สึกรู้ตัวลดลง/แขนขาอ่อนแรง/ปวดแผล

ข้อวินิจฉัยที่ 2 ญาติผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยที่ 3 ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

4.6 ทีมแพทย์ มีคำสั่งตรวจวินิจฉัยหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามอาการ ก่อนจำหน่าย เช่น CT brain, Electrolyte มีคำสั่งจำหน่าย และนัดวันเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย เขียนใบสรุปการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วย การวินิจฉัย การตรวจต่าง ๆ การผ่าตัด การใช้ยา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เขียนใบรับรองแพทย์ รวมทั้งเขียนสรุปเวชระเบียน (Summary sheet) เพื่อลงรหัส ICD สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (เพชร, 2552)

4.7 นักกายภาพบำบัด ให้คำแนะนำและวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน (เพชร, 2552)

4.8 นักกิจกรรมบำบัด ให้คำแนะนำและวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน (เพชร, 2552)

4.9 เกษัชกร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้านตั้งแต่ชนิด การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง ขนาด วิธีใช้ วิธีเก็บ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และวิธีการ

แก้ไขเบื้องต้น โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลอธิบายย้อนกลับเป็นคำพูดของตัวเองในรายละเอียด ดังกล่าว (เพชร, 2552; Askren & Frater, 2012)

4.10 นักโภชนาการให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และสถานะของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (เพชร, 2552)

4.11 นักสังคมสงเคราะห์ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจัดยานพาหนะไปส่งผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งสนับสนุนช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน (เพชร, 2552)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างด้านร่างกาย และความแตกต่างทางด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem อ้างตามครุณี, 2543) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะเป็นผู้ตาม จึงเป็นเงื่อนไขที่มีส่วนกำหนดให้เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่า และเพศชายจะอดทนมากกว่าจึงเพิกเฉยต่อการเจ็บป่วย หรืออาจรักษาเยียวยาด้วยตนเองเพื่อให้หายหรือเพียงพอที่จะประทังอาการไว้เท่านั้น (ครุณี, 2543) แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเพศจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยหรือไม่เนื่องจากยังพบว่าไม่มีการศึกษาปัจจัยด้านเพศต่อความสามารถของผู้ป่วย

2. อายุ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก เนื่องจากในวัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถเทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้นเนื่องจากในวัยนี้มีการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม รวมทั้งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองซึ่งเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จะเสื่อมลงทำให้มีความพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถลดลง (Orem อ้างตามครุณี, 2543) แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าอายุจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยหรือไม่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยนี้

3. สถานภาพสมรส โดยบุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะมีครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ และมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุน จะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุและบริการต่าง ๆ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรัก ความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกัน และกัน ดูแลเอาใจใส่ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ทั้งสองฝ่ายได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Orem อ้างตามครุณี, 2543)

4. ระดับการศึกษา การศึกษาสามารถทำให้บุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีเหตุมีผลในการตัดสินใจ หรือเลือกวิธีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยที่ดีได้ (Orem อ้างตามครุณี, 2543) ซึ่งเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นคว้าแสวงหาความรู้ การศึกษายังช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและแผนการรักษา (ครุณี, 2543)

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ตนเอง หรือมีรายได้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง มักสนใจต่อการหาเงินเลี้ยงชีพ รายได้ของครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem อ้างตามครุณี, 2543)

6. ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บสูงผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดความพิการและเสียชีวิตสูงกว่า (Baker, O'Neil, Haddon & Long, 1974) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสูงเนื้อเยื่อและโครงสร้างของร่างกาย จะได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้ดูแล และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง จะส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแอและการทำหน้าที่ทางร่างกายลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ซึ่งส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Truong, Fan, Brower, & Needham, 2009)

7. การเสริมพลังอำนาจ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษาของศศิธร (2556) ได้ศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการเคลื่อนไหว โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแล

ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นร่วมกับการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการแจกคู่มือเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวผลการศึกษา พบว่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสามารถ ทำให้เกิดแรงจูงใจช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถปฏิบัติจนบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อคิดเห็นได้

8. การส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของครุณี (2543) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะปวดหลังส่วนล่าง การกระตุ้นและเน้นให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าตนเองเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการฟื้นคืนสภาพของตนเอง ร่วมกับการสาธิตหรือการสอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ง่ายต่อการปฏิบัติ การตกลงร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยบันทึกลงในสมุดบันทึกการดูแลตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้า และการแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลงและภาวะจำกัดความสามารถลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

9. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้มีความมั่นใจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและปลอดภัย จากการศึกษาของวิมล (2555) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในเรื่องการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีการจัดการอาการที่เกิดภายหลังบาดเจ็บศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจและมั่นใจ ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับอาการที่เกิดหลังการบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากกรเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยและการบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโดยการสังเกต ตรวจสอบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น ระบบประสาท สัญญาณชีพ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย จิตใจ อารมณ์ การบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ การจดบันทึกอาการอาการแสดงของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลทราบความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา ช่วยให้ผู้ดูแลตัดสินใจในการ

ดูแล หรือวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย และยังเป็นการประเมินตนเองของผู้ดูแล ถึงความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยอีกด้วย (จินนະรัตน, 2540)

2. การดูแลด้านอาหารและน้ำ โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยให้ได้รับพลังงานอย่างน้อย 2,000 แคลอรีต่อวัน ในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปาก ญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลให้อาหารทางสายยาง โดยต้องมีความรู้และมีความสามารถในการเรื่องวิธีการให้อาหารและน้ำทางสายยางอย่างถูกวิธี โดยจัดเตรียมอาหารผสม หรืออาหารเหลวที่สารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วน มีความเข้มข้นของพลังงาน 1-12 แคลอรีต่อซีซี เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสมและวิธีการเก็บรักษาที่ถูกต้อง ตลอดจนติดตามภาวะโภชนาการและภาวะสมดุลอิเล็กโทรลัยต์อย่างสม่ำเสมอ ส่วนในรายที่รับประทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลต้องมีความรู้และสามารถเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ อาหารที่เคี้ยวง่ายและย่อยง่าย คำนึงถึงรสชาติและความชอบของผู้ป่วยโดยเลือกชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน โดยไม่ขัดกับแผนการรักษา จัดเตรียมอาหารวางไว้ให้ผู้ป่วยสามารถดื่บประทานได้อย่างสะดวก และจัดทำที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยก่อนให้อาหาร ถ้ามีเสมหะก็ดูแลดูแลเสมหะก่อน รวมทั้งควรทำความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร และดูแลได้รับน้ำ 1,500-2,000 ซีซีต่อวัน โดยจัดอุปกรณ์สำหรับดื่มน้ำให้สะดวกแก่การดื่มน้ำ เช่น แก้วที่มีหูจับ หลอดดูด โดยวางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบได้สะดวกหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน (จอม, 2540; จิตติมา, 2549; จินนະรัตน, 2540)

3. การดูแลด้านการระบายอากาศและการได้รับออกซิเจน โดยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ มีความรู้ และสามารถจัดทำให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลักเสมหะหรือน้ำลายลงปอด โดยจัดท่านอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้าง ในรายที่มีท่อเจาะคอผู้ดูแลต้องมีความรู้และสามารถดูแลแบบสะอาด ทำแผลคอ และทำความสะอาดท่อได้อย่างถูกวิธี ในรายที่หายใจได้เอง ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการดูแลให้ผู้ป่วยฝึกหายใจและไอได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่ไม่สามารถทำเองได้ต้องช่วยในการจัดทำเพื่อระบายเสมหะเคาะปอด รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวสามารถขับออกได้ง่าย และมีความรู้ในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการหายใจที่ผิดปกติ รวมทั้งการถอดฟันทบออกเพื่อป้องกันการหลุดไปอุดทางเดินหายใจ (จอม, 2540; จิตติมา, 2549)

4. การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ในกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวให้กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้างผู้ดูแลต้องมีการจัดเตรียม

อุปกรณ์ในการทำความสะอาดร่างกายและเตรียมเสื้อผ้าไว้ให้ผู้ป่วย รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง เช่น การช่วยเช็ดตัวทำความสะอาดด้านหลัง เป็นต้น (จอม, 2540; จิตติมา, 2549; จินนะรัตน์, 2540)

5. การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ การติดเชื้อในปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และสามารถเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ โดยตรวจสอบประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าในกรณีช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง หากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผู้ดูแลมีบทบาทในการจัดท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสม การพลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง และใช้วัสดุที่นุ่มรองรับบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดมาก โดยเฉพาะสะโพก ก้นกบ สันเท้า ข้อศอก การดูแลความสะอาดและการป้องกันความเปียกชื้น ในรายที่เกิดแผลกดทับผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแลแผลและส่งเสริมการหายของแผล (จอม, 2540; จิตติมา, 2549; จินนะรัตน์, 2540) และการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยสังเกตอาการไข้ ลักษณะที่ผิดปกติของเสมหะ ปัสสาวะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ และดูแลเพื่อลดการกั่งของเสมหะและปัสสาวะ (จอม, 2540; จิตติมา, 2549)

6. การดูแลให้ออนหลับพักผ่อน โดยผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้ออนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ และสามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง (จอม, 2540)

7. การดูแลด้านการขับถ่าย ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผู้ดูแลต้องสามารถเปลี่ยนผ้าอ้อมรองขับ เปลี่ยนถุงปัสสาวะ และดูแลทำความสะอาดหลังขับถ่ายให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะผู้ดูแลต้องมีความรู้และสามารถดูแลสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง รวมทั้งเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง ดูแลอย่าให้ผู้ป่วยท้องผูก โดยกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวันและดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยขับถ่าย ตลอดจนกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ จัดสิ่งแวดล้อมให้ขับถ่ายบนเตียงหรือข้างเตียง โดยใช้หมอนอนหรือกระบอกรับปัสสาวะ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม และช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย (จอม, 2540; จิตติมา, 2549; จินนะรัตน์, 2540)

8. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันและออกกำลังกายด้วยตนเองตามขีดความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น (จอม, 2540; จิตติมา, 2549; จินนะรัตน์, 2540)

9. การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยให้ความมั่นใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจและเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่ต้องระมัดระวังในการให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยถดถอยและไม่สามารถเผชิญกับความจริงได้ ผู้ดูแลด้านจิตใจโดยผู้ดูแลจะต้องให้การยอมรับและเข้าใจในความแปรปรวนทางอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพที่สมองหรือความผิดปกติของร่างกายต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การยอมรับและเข้าใจ มีความหนักแน่นรวมทั้งให้การเอาใจใส่ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้นและสามารถแก้ไขได้ตามสาเหตุ (จินนะรัตน์, 2540)

10. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ละลายลิ่มเลือด หรือยับยั้งการเกาะติดกันของเกร็ดเลือด ซึ่งจะทำให้เลือดออกในระบบทางเดินอาหารและอวัยวะอื่น ๆ ได้ง่าย ซึ่งญาติผู้ดูแลจะต้องรู้ชื่อยา ขนาด เวลา ที่รับประทาน การเก็บรักษา ฤทธิ์ของยา รวมทั้งการสังเกตและการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา (จิตติมา, 2549)

11. การเรียนรู้พัฒนาทักษะในการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพตลอดจนแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในชุมชนที่อยู่อาศัย (จิตติมา, 2549)

บทบาทของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่ามีการนำญาติผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถและเพิ่มประสิทธิภาพในการตนเองและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีบทบาท ดังนี้

1. บทบาทการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแล โดยผู้ดูแลมีบทบาทให้การปฏิบัติการดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง คือ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เป็นผู้ดูแลให้อาหารหรือช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลการขับถ่าย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การอยู่เฝ้าดูแลผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อน ให้ความเคารพนับถือและให้เกียรติ รวมทั้งให้การประคับประคองจิตใจ สนับสนุนด้านอารมณ์ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว (จุไร, 2547; เบ็ญจลักษณ์, 2550; วลัยนารี, 2553; Schepp

อ้างตามกชพรรณ, 2551) โดยกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลจะเป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยครอบคลุมการดูแลด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (วลัยนารี, 2553)

2. บทบาทการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา รวมไปถึงการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (วลัยนารี, 2553; Schepp อ้างตามกชพรรณ, 2551) และเป็นผู้เลือกอธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยเอง หรือจะให้ผู้ดูแลกรทิมสุขภาพเป็นผู้อธิบายเลือกบุคลากรที่จะเป็นผู้ดูแลรักษาและเลือกตัดสินใจในการอนุญาตเข้าเยี่ยม (Schepp อ้างตามกชพรรณ, 2551)

3. บทบาทการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทิมสุขภาพ คือ การที่ผู้ดูแลได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่ทิมสุขภาพ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา โรคประจำตัว การแพ้ยา สิทธิการรักษา ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของของบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน และรับข้อมูลจากบุคลากรทิมสุขภาพ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการ การตรวจ แนวทางการรักษา และการได้รับแจ้งให้ทราบเมื่อมีอาการที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล เช่น เวลาเข้าเยี่ยม สถานที่พักผ่อน (วลัยนารี, 2553; Schepp อ้างตามกชพรรณ, 2551) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ผู้ดูแลจะเป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ทิมสุขภาพและตัวผู้ป่วยในการดูแลรักษา ซึ่งการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลจะช่วยให้ผู้ดูแลรับทราบถึงแนวทางการรักษา วิธีปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยและเข้าใจในอาการของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลถึงความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง เกิดความไว้วางใจและเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทิมสุขภาพ (วลัยนารี, 2553)

4. บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล โดยการได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในด้านการได้อยู่ใกล้ชิดหรือได้ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างการได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เช่น การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย หรือการรับการตรวจที่พิเศษต่าง ๆ ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด การนำผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์ และการช่วยเหลือในการให้ยา (Schepp อ้างตามกชพรรณ, 2551)

5. บทบาทการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร อาการดีขึ้น

หรือแย่ง หรือเกิดความผิดปกติของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลอย่างไร ซึ่งการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วยและเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วลัยนารี, 2553)

6. บทบาทการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ดูแลมีบทบาทในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงิน ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่าง ๆ ที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลรักษา และค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ได้พบปะญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง รวมทั้งได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา (จุไร, 2547; เบ็ญจลักษณ์, 2550)

7. บทบาทการมีส่วนร่วมในการประสานงานหรือจัดการ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเป็นตัวกลางในการประสานงาน สื่อสารและเจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมตามสิทธิ์การรักษา เช่น ช่วยประสานงานหรือจัดการติดต่อเรื่องสิทธิ์การรักษาและบางรายอาจเป็นผู้แทนผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา (จุไร, 2547; วลัยนารี, 2553)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพศบ่งบอกถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างของยีนหรือฮอร์โมนเพศ มีผลต่อการแสดงบุคลิกภาพ พฤติกรรม กระบวนการคิด ทักษะมุมมองชีวิต การแก้ไขปัญหา ความละเอียดอ่อน ความอดทน (พวงแก้ว, 2549; ภรภัทร, 2550) โดยเพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรง ได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงมีโครงสร้างที่บอบบาง มีลักษณะของความนุ่มนวลอ่อนไหวง่าย มีลักษณะเป็นผู้ตาม (Orem อ้างตามครุณี, 2543) จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กชพรรณ, 2551; จอม, 2540; จุไร, 2547; ทิววรรณ, 2554; ประกอบพร, 2550; เพ็ญวิสาข์, 2555) ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (วลัยนารี, 2553) และผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด (ปาริฉัตร, 2550) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกี่ยวข้องเป็น ภรรยาหรือบุตรสาว ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะอาสาจากครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยเชื่อว่า ภรรยาหรือบุตรสาว ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่และเป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเมื่อได้มีโอกาสเข้ามาดูแลผู้ป่วยทำให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแล

ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้มีความรู้ และมีทักษะ รวมทั้งมีความมั่นใจในการดูแลทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ภรภัทร (2550) ซึ่งศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล คือ ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย จะมี พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่แตกต่างกัน

2. อายุ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลด้าน สุขภาพอนามัย ได้ดีกว่าวัยเด็ก เนื่องจากในวัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถเทียบเท่าผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะและมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่า ส่วนผู้ที่อยู่ใน วัยสูงอายุโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายจะเสื่อมลง ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ตนเองจะลดลง (Orem อ้างตามครุณี, 2543) จากการศึกษาของวลัยนารี (2553) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.9 อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะและ มีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ดี และผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.9 ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านการปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับมาก ซึ่งเชื่อว่า จะช่วยส่งเสริมให้ความสามารถของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น และการศึกษาของประกอบพร (2550) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 52.4 และวัยสูงอายุ ร้อยละ 21.4 พบว่า ผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีความสามารถต่ำในเรื่องกิจกรรมที่ต้อง ออกแรงมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลง มีความเสื่อมถอยตามอายุ ส่งผลให้มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ภรภัทร (2550) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่ อายุ 41-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ ตอนปลาย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล คือ ผู้ดูแล ที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่แตกต่างกัน

3. สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ถ้าสัมพันธภาพเดิมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวดีต่อกัน ผู้ดูแลจะตั้งใจและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและมีสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้คอยช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้น จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประกอบพร (2550) พบว่าคะแนนเฉลี่ย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีค่าค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความรู้สึกที่ผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่างก็มี ความรักให้กัน และผู้ป่วย คือ บุคคลสำคัญของผู้ดูแลแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วยย่อมมีความรักความผูกพันต่อกัน และความรู้สึกของผู้ดูแลว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญ ในชีวิต จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้

คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในระดับสูง คือ ในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ และด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยนารี (2553) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่าสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับดีเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา สามี หรือบุตร ซึ่งมีความผูกพันและใกล้ชิดติดกันกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูที่ดี ซึ่งเชื่อว่าการที่ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะได้เรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของปาริฉัตร (2550) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความผูกพันห่วงใย เกิดความสงสาร เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่เอื้ออาทรกันและถือว่าเป็นหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะให้การดูแลและให้การปฏิบัติการดูแลเป็นอย่างดีในทางกลับกันการศึกษาของเพ็ญวิสาข์ (2555) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลและผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานเฉลี่ย 1 ปีขึ้นไป ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 32.3 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ผู้ป่วย ร้อยละ 43.8 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยมาก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า เนื่องจากต้องให้การช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ความสามารถในการปรับตัวเป็นผู้ดูแลด้อยลง

4. การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพ รวมทั้งจากสังคม โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การจัดการภายในบ้าน ด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ ทรัพยากร แรงงานในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ และด้านข้อมูลจากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดของปาริฉัตร (2550) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีสถานะภาพคู่ และลักษณะของสังคมไทยยังอยู่ร่วมกันกับสมาชิกหลายคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกัน อยู่แบบพี่น้อง เครือญาติ เพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน และทีมสุขภาพ โดยพบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ได้แก่ ได้รับข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ป่วย มีความห่วงใยผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด ทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมในระดับปานกลาง (ทิวาวรรณ, 2554; ภรภัทร, 2550; เพ็ญวิสาข์, 2555) โดยผู้ดูแลได้รับความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย ความเห็นใจ รวมถึงการได้รับการยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ญาติผู้ดูแลมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วย และก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว (2550) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และการศึกษาของเพ็ญวิสาข์ (2555) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีภาวะสุขภาพดี อยู่ในวัยทำงาน จึงยังมีพลังกำลังมาก ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ และมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจึงทำให้ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองดี และมีความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดี และการศึกษาของ (ครอบครัว, 2550) พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยผู้สูงอายุ ประเมินตนเองว่ามีความสามารถต่ำในเรื่องกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก

6. ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย จากการศึกษาของภรภัทร (2550) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อย ส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลของญาติที่น้อยไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาญาติ ส่วนในรายที่มีระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยมาก ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลของผู้ดูแลมากไปด้วย เนื่องจากญาติต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเองทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวลัยนารี (2553) ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะระดับใดก็ตามก็ไม่มีผลต่อการที่ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อาจเนื่องมาจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ญาติผู้ดูแลจะมีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้น แต่ด้วยความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก ส่งผลให้ความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management)

ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการทบทวนวรรณคดีได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) ไว้หลายความหมาย ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวสรุปความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง กระบวนการดำเนินการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการพบปะพูดคุยสื่อสารกันโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นเครื่องมือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมและการดูแลรักษาของแต่ละวิชาชีพ หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมกันแก้ไขความแปรปรวนให้สามารถกลับมาดำเนินการตามแผนให้สามารถบรรลุไปสู่เป้าหมายที่ได้วางไว้ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และทำหน้าที่ในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการดูแลโดยตรง กำกับการปฏิบัติ ประเมินผลและติดตามผล รวมทั้งอำนวยความสะดวก สนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม จัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการความเสี่ยง วางแผนจำหน่าย และสร้างทางเลือกในการบริการ โดยนำเทคโนโลยี หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมมาใช้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการบริการที่มีคุณภาพ และควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้คุ้มค่าที่สุด (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; ศิริอรและพิเชต, 2556; ศุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุดมรัตน์, 2548; Cohen & Cesta, 2005; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010)

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหลากหลายรูปแบบ โดยแบ่งตามหน่วยที่ให้บริการชนิดของโรคผู้ให้บริการและผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการแบ่งสามารถแบ่งได้ 8 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะการดูแลจะแตกต่างกันในแต่ละหน่วยที่ให้บริการ ได้แก่ การดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (hospital base) หรือการดำเนินการในบางหน่วยงานของโรงพยาบาล (unit base) เช่น ในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยศัลยกรรม

กระดูก ห่อผู้ป่วยอายุรกรรม หน่วยโรคหัวใจ หน่วยโรคไต (อุดมรัตน์, 2548; Askren & Frater, 2012; Kim & Soeken, 2005; Latour et al., 2007; Powell & Tahan, 2010)

2. รูปแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งดูแลต่อเนื่องไปสู่นบ้านและชุมชน (Powell & Tahan, 2010)

3. รูปแบบชุมชนเป็นฐาน คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ในชุมชน หรือการป้องกันการกำเริบของการเจ็บป่วยโดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกและให้การรักษาที่รวดเร็ว โดยความร่วมมือประสานงานกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลหรือแพทย์ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีบทบาทในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย และให้บริการตามการเจ็บป่วย เช่น การดูแลแผล การรักษาด้วยยา การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การฝึกพูด การให้อาหาร การตรวจสอบการใส่ยา การประเมินท่อเจาะคอ (Kim & Soeken, 2005; Powell & Tahan, 2010)

4. รูปแบบการจัดการโรค (disease management) เป็นการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยโรคเป็นฐาน โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ติดตามการดูแลในทุกระดับของการดูแล ในบางกรณีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามผู้ป่วยในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น การตั้งครุฑที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (จิราภรณ์, 2543; พิไลวรรณ, กัญญรัตน์, และหทัยรัตน์, 2553; สมพร, 2552) และผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (วันเพ็ญและอรชร, 2554; สุวัชรีย์, 2543; Vitaz et al., 2001) และอาจติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง (อุษา, 2555; Curtis et al., 2002; Powell & Tahan, 2010; Sesperez et al., 2001)

5. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีกลุ่มโรคที่มีขนาดใหญ่ (large case management) โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทารกคลอดก่อนกำหนดในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนตับ ไต หัวใจ ใจกระดูก ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับสูง ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการล้างไต การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีขนาดใหญ่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ป่วยที่มีความพิการและมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงด้วย ซึ่งต้องการการจัดการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีจุดเน้น คือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยการทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การฝึกอาชีพ และการจัดการแหล่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Powell & Tahan, 2010)

6. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลแบบประคับประคองและในระยะสุดท้าย (palliative care and hospice case management) เป็นการประสานการดูแลเพื่อสร้างความสุขสบาย

ให้กับผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว พยาบาลจะเข้ามาเป็นคนแรกเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย แพทย์จะเข้ามาเมื่อได้รับการขอคำปรึกษา จุดเน้นของรูปแบบนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Powell & Tahan, 2010)

7. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยการประกันภัยบุคคลที่ 3 (insurance third-party payer case management) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องทำให้เกิดความสมดุลของคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ถ้าเกิดความขัดแย้งระหว่างบริษัทประกันภัยกับผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีทักษะในการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง ในการแก้ไขความขัดแย้งและเป็นผู้ประสานงานกับบริษัทประกันภัยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยบริษัทตัวแทน (case management firms) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำงานคู่กับบริษัทตัวแทน ซึ่งจำเป็นต้องมีเครือข่ายระดับชาติสนับสนุน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและเป็นพิเศษโดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องระบุจำนวนวันที่จะต้องเข้ารับการรักษาของโรคที่เฉพาะเจาะจง และหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษาให้กับผู้ป่วย (Powell & Tahan, 2010)

8. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประกอบการ (entrepreneurial case management) พยาบาลหลายคนเต็มใจและกล้าที่จะเสี่ยงกับการเริ่มต้นธุรกิจผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของตัวเอง หรือที่เรียกว่าผู้ให้คำปรึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอิสระในการติดต่อกับผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ หรือบริษัทประกัน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นผู้ประกอบการจะต้องมีทักษะที่ดีในการทำธุรกิจและมีความสามารถในการทำงานได้ด้วยตนเอง (Powell & Tahan, 2010)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยรูปแบบการจัดการโรค (disease management) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงรุนแรงมาก คือ มีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุจนกระทั่งจำหน่าย หรือครบ 14 วัน เนื่องจากการบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลที่เฉพาะ จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ซึ่งขั้นตอนในการใช้รูปแบบดังกล่าว ได้กล่าวโดยละเอียดไว้ในหัวข้อรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการศึกษาครั้งนี้ (บทที่ 3)

องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (2) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (3) แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (เวรดีและห้องพรรณ อ้างตามสมพร, 2552) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ

1.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง การดำเนินการประสานความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2548; สิริลักษณ์, 2545; McAlpine, 1997; Sheehan, Robertson, & Ormond, 2007)

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพมี 3 รูปแบบ (Behm & Gray, 2011) ดังนี้

1.2.1 Multidisciplinary model โดยทีมนสหสาขาวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วย สมาชิกในทีมต่างคนต่างทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่มีการพบกัน หรือพูดคุยกันภายในทีมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพจะสื่อสารโดยผ่านการเขียนบันทึกข้อมูลไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ดังภาพ 2



ภาพ 2. Multidisciplinary model (Behm & Gray, 2011)

1.2.2 Interdisciplinary model โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมาพบปะกัน ร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกันกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีม ดังภาพ 3



ภาพ 3. Interdisciplinary model (Behm & Gray, 2011)

1.2.3 Transdisciplinary model โดยสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพคนหนึ่งจะทำหน้าที่เป็นเจ้าของไข้ จะถูกแนะนำโดยสมาชิกคนอื่น ๆ และจะถูกฝึกในเรื่องที่ตนเองไม่มีความชำนาญ แม้จะทำหน้าที่เป็นเจ้าของไข้แต่ก็ทำหน้าที่ในบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย บทบาทของแต่ละสาขาอาจมีการทับซ้อนกัน ซึ่งรูปแบบนี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในบ้านพักผู้ป่วย (Sheehan, Robertson, & Ormond, 2007) เช่น พยาบาลเป็นเจ้าของไข้จะได้รับการฝึกการทำกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัด เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การเลือกผู้ที่ทำหน้าที่เป็นเจ้าของไข้จะขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังภาพ 4



ภาพ 4. Transdisciplinary model (Behm & Gray, 2011)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้งหมด 13 เรื่อง ส่วนใหญ่มีการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบที่ทีมสหสาขาวิชาชีพมาพบปะกัน ร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกันกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; สุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุษา, 2555; Askren & Frater, 2012; Chow & Wong, 2014; Latour et al., 2007; Sesperez et al., 2001; Watts et al., 2009) แต่งานวิจัยดังกล่าวไม่ได้มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน ยกเว้น 2 งานวิจัย ซึ่งมีการประชุมของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นที่ชัดเจน (อุดมรัตน์, 2548; Curtis et al., 2002)

1.3 ลักษณะการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มี 3 แบบ ดังนี้

1.3.1 การตรวจเยี่ยมทุกวันโดยทีมเดินตรวจเยี่ยมข้างเตียงทุกวันในตอนเช้า มีแพทย์อาวุโสเป็นหัวหน้าทีม เริ่มการอภิปรายโดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง Advanced practice nurse (APN) หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเป็นผู้ให้ข้อมูลรายงานอาการของผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมกันรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนดูแล และสมาชิกในทีมทุกคนร่วมกันตัดสินใจวางแผนการรักษาที่ข้างเตียงผู้ป่วยทุกวัน มีแพทย์อาวุโสเป็นผู้มอบหมายงานให้แก่สาขาวิชาชีพไปดำเนินการต่อและมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเยี่ยมรูปแบบดังกล่าว ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงและซับซ้อน เช่น ผู้ป่วย

บาดเจ็บหลายระบบที่รุนแรง และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง (Dutton et al., 2003; Gurses & Xiao, 2006; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001)

1.3.2 การตรวจเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยทีมเดินตรวจเยี่ยมข้างเตียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีแพทย์อาวุโสทางด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุเป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้เปิดประเด็นอภิปราย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเป็นผู้ให้ข้อมูลรายงานอาการของผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมกันรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนดูแล และสมาชิกทุกคนในทีมร่วมกันตัดสินใจวางแผนการรักษาที่ข้างเตียงผู้ป่วย อาทิตย์ละ 1 ครั้ง มีแพทย์อาวุโสเป็นผู้มอบหมายงานให้แต่ละสาขาวิชาชีพไปดำเนินการต่อ มีพยาบาลผู้ประสานงาน รวมทั้งเป็นผู้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลและติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการของทีม นำข้อมูลที่ได้มารายงานให้ทีมได้รับทราบเพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มีส่วนร่วมในทีม ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมตรวจสัปดาห์ละครั้งจะเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Haan et al., 2007)

1.3.3 อภิปรายในห้องประชุม โดยการอภิปรายในห้องประชุมทุกวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ ประมาณวันละ 1 ชั่วโมง โดยมีแพทย์อาวุโสเป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้เริ่มเปิดประเด็นอภิปราย มีผู้จัดการรายกรณีและแพทย์ใช้ทุนเป็นผู้ให้ข้อมูลรายงานอาการของผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมกันรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนดูแล และสมาชิกในทีมทุกคนร่วมกันตัดสินใจวางแผน การรักษาในห้องประชุมมีแพทย์อาวุโสเป็นผู้มอบหมายงานให้แต่ละสาขาวิชาชีพไปดำเนินการต่อ และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ติดตามผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของแต่ละสาขาวิชาชีพ ไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทีม ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเยี่ยมดังกล่าวจะเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (O'Mahony, Mazur, Charney, Wang, & Fine, 2007)

1.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้ามาร่วมกันดูแลผู้ป่วยมีหลากหลายวิชาชีพแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันสามารถแบ่งรายละเอียดได้ ดังนี้

1.4.1 ทีมหลัก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด โดยแพทย์มีบทบาทในการวินิจฉัยโรค ให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะและให้คำแนะนำในการวางแผนการรักษาในอนาคต เป็นผู้สรุปการอภิปรายและมอบหมายงานให้แก่สมาชิกในทีม พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแบบวันต่อวัน เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยและทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย เช่น การสวนปัสสาวะ โปรแกรมการฝึกขับถ่ายอุจจาระ และเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา วัสดุอุปกรณ์ ค่ารักษาพยาบาล นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการเพิ่มหน้าที่การ

ทำงาน รวมทั้งการเพิ่มทักษะการใช้แขนขา โดยมุ่งเน้นที่การเคลื่อนไหวและทักษะการใช้รถเข็นนั่ง นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สูงที่สุดตามศักยภาพ โดยแต่ละสาขาวิชาชีพจะมีการรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ และร่วมกันวางแผนการรักษาผู้ป่วยในอนาคต (เกษร, 2554; เครือวัลย์และจรรยาฤกษ์, 2554; เพชรา, 2552; เขาวลัทธิและคณะ, 2549; Dutton et al., 2003; Gurses & Xiao, 2006; Haan et al., 2007; O'Mahony et al., 2007; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001)

1.4.2 ทีมเสริม ประกอบด้วย นักโภชนาการ ผู้จัดการรายกรณี เกสัชกร พยาบาลดูแลแผล และนักจิตวิทยา โดยนักโภชนาการมีบทบาทในการรายงานภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการและความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องอาหาร ผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการประสานงานของการวางแผนการรักษา และเป็นผู้สื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้ป่วยและให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยโรงพยาบาล และผู้ชำระเงิน เกสัชกรมีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาและขนาดยาที่ปลอดภัยเหมาะสมกับสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และอาการข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พยาบาลดูแลแผลมีบทบาทในการให้ข้อมูลและความก้าวหน้าของแผลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพและเป็นผู้จัดการดูแลแผล ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลแผลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล นักจิตวิทยามีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะจิตใจของผู้ป่วยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าสู่สภาวะที่ปกติ โดยทุกสาขาวิชาชีพมีการรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลและร่วมกันวางแผนการรักษาในอนาคตร่วมกัน (เกษร, 2554; เครือวัลย์และจรรยาฤกษ์, 2554; เพชรา, 2552; เขาวลัทธิและคณะ, 2549; Dutton et al., 2003; Haan et al., 2007; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001)

1.4.3 ทีมพิเศษ ประกอบด้วย พยาบาลวางแผนจำหน่าย ผู้ประสานงานการจำหน่าย ผู้จัดการเตียง และนักสังคมสงเคราะห์ โดยพยาบาลวางแผนจำหน่าย และผู้ประสานงานการจำหน่ายมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน และให้บริการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้หลังจำหน่าย เช่น เครื่องดูดเสมหะ ถังออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เตียง ที่นอนลม และสถานที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักหลังจากจำหน่าย โดยจะรายงานความก้าวหน้าในการเตรียมเพื่อจำหน่าย คือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล การเตรียมอุปกรณ์แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้จัดการเตียงมีบทบาทในการบริหารจัดการเตียงสำหรับรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไปยังหอผู้ป่วยต่าง ๆ ตามความเหมาะสม นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการให้การสนับสนุนการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ โดยทุกสาขา

วิชาชีพมีการรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนเองดูแล และร่วมกันวางแผนการรักษาในอนาคตร่วมกัน (เกษร, 2554; เพชรา, 2552; Dutton et al., 2003; Haan et al., 2000; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001)

1.5 ประเด็นการอภิปรายในตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการตรวจเยี่ยมทุกวัน การตรวจเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการอภิปรายในห้องประชุมมีประเด็นในการอภิปรายที่เหมือนกัน ประกอบด้วย

1.5.1 ประเด็นหลัก 2 ประเด็น ประกอบด้วย การวางแผนการรักษา ได้แก่ การวางแผนแก้ปัญหาทางคลินิก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง และการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การตั้งเป้าหมายเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ระหว่าง 24-48 ชั่วโมง และมากกว่า 48 ชั่วโมง การตั้งจุดหมายปลายทางว่าผู้ป่วยจำหน่ายแล้วจะไปรับการดูแลที่ไหน เช่น กลับไปอยู่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย ศูนย์ดูแลผู้ป่วย และบ้านพักผู้ป่วย การเตรียมผู้ดูแล เช่น การฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง การดูแลเสมหะ การเตรียมผู้ป่วย เช่น การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (เกษร, 2554; เครือวัลย์และจตุลักษ์, 2554; เพชรา, 2552; เขาวลัชนี และคณะ, 2549; Dutton et al., 2000; Gurses & Xiao, 2006; Haan et al., 2007; O'Mahony et al., 2007; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001)

1.5.2 ประเด็นรอง 6 ประเด็น ประกอบด้วย การวางแผนผ่าตัด คือ การวางแผนเวลาที่จะทำการผ่าตัด เช่น ในเวลา 24 ชั่วโมง ระหว่าง 24-48 ชั่วโมง และหลัง 48 ชั่วโมง (Dutton et al., 2003; Haan et al., 2007; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001) ความก้าวหน้าของการดูแล ได้แก่ การอภิปรายเกี่ยวกับการจัดการเรื่องการเอาสายสวนหลอดเลือดดำ สายสวนหลอดเลือดแดง และเอาสายสวนปัสสาวะออกเมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ในผู้ป่วยที่ให้อาหารรับปวดทางหลอดเลือดดำ ทีมจะสำรวจความเป็นไปได้ที่จะเอาทางหลอดเลือดดำออก และให้เป็นยาาระงับปวดเป็นยารับประทานแทน การประเมินเรื่องการบาดเจ็บกระดูกสันหลังเพื่อเอา Philadelphia collar ออกให้เร็วที่สุด เพื่อจะได้ไม่จำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (Gurses & Xiao, 2006; Mahony et al., 2007; Sen et al., 2009) การกำหนดข้อวินิจฉัยโรค (Dutton et al., 2003; Haan et al., 2007; Mahony et al., 2007) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นใหม่ ได้แก่ การติดเชื้อใหม่ เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (Dutton et al., 2003; Vitaz et al., 2001) การวางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Vitaz et al., 2001) การวางแผนการใช้ยาและขนาดยาที่ปลอดภัย (O'Mahony et al., 2007)

2. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager)

ผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและมีข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท หรือเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 4-6 ปี มีความสามารถในการบริหารจัดการและมีลักษณะความเป็นผู้นำ มีทักษะขั้นสูงทางคลินิก มีทักษะที่ดีในการสื่อสารและมีความสามารถในการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยและครอบครัว มีทักษะในการเจรจาต่อรองสูง และมีความเข้าใจอย่างดีเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Cohen & Cesta, 2005; Smith, Mackay, & McCulloch, 2013)

2.1 บทบาทและสมรรถนะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่าบทบาทและสมรรถนะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมี 5 ด้าน คือ (2.1.1) ด้านการจัดการและการใช้ภาวะผู้นำ (Managerial/leadership) (2.1.2) ด้านคลินิก (Clinical/patient care) (2.1.3) ด้านธุรกิจการเงิน (Financial/business) (2.1.4) ด้านการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร (Information management/communication) (2.1.5) ด้านการพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) (ศิริอรและพิเชต, 2556; สมพร, 2552; Cohen & Cesta, 2005; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 บทบาทและสมรรถนะด้านการจัดการและการใช้ภาวะผู้นำ (managerial/leadership) ประกอบด้วย

2.1.1.1 บทบาทและสมรรถนะในการจัดการ โดยจัดการตามความต้องการตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารองค์กร ผู้ซื้อบริการ เครือข่ายสุขภาพ องค์กรทางสังคม มีการประเมินและรวบรวมความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการปฏิบัติจัดการให้สอดคล้องกับความต้องการที่เป็นธรรมกับทุกฝ่าย ยึดหลักการจัดการความต้องการที่จำเป็นซึ่งอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานการรักษาพยาบาล และการจัดสรรการใช้ทรัพยากรการรักษาอย่างเหมาะสมไม่เกินจริง เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลควบคู่กับการรักษาตามมาตรฐานของกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสนับสนุนและช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และต้องมีความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร และทักษะการชี้แนะ การอำนวยความสะดวก และทักษะการเป็นผู้นำ

2.1.1.2 บทบาทและสมรรถนะในการประสานงาน เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือของทีมและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและชุมชน หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณีต้องสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในทีมสหสาขาวิชาชีพ รับผิดชอบประสานงานการดูแลผู้ป่วยแบบวันต่อวัน หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้นเป็นผู้ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการปรับแผนการดูแล ต้องมีความสามารถในการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งการรับฟังความต้องการ/ปัญหา และการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจร่วมกันของทีม และมีความสามารถในการจูงใจ การกระตุ้น การเสริมพลังอำนาจให้แก่สมาชิกในทีม และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้

2.1.1.3 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นผู้นำ โดยนำเสนอรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ให้แก่องค์กรและทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แก่ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้วางแผนพัฒนาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และพัฒนาแผนการดูแล (clinical pathway) และเป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดการรายกรณี และเป็นพี่ปรึกษาด้านการพยาบาล ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านจริยธรรมและด้านกฎหมาย รวมทั้งค้นหาหรือพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัยหรือเป็นปัจจุบันนำเสนอแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพิจารณานำมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

2.1.1.4 บทบาทและสมรรถนะในการจัดการจัดสรรทรัพยากร โดยต้องมีความสามารถในการแสวงหาแหล่งทรัพยากรหรือแหล่งทุนที่เกี่ยวข้อง มีความสามารถในการเจรจาต่อรองกับผู้มีอำนาจหรือเจ้าของทุน และจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

2.1.1.5 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นผู้ให้ความรู้ โดยเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้อย่างครบถ้วน

2.1.1.6 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นผู้เจรจาต่อรอง โดยมีบทบาทในการเจรจาต่อรองในเรื่องแผนการดูแล ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ความต้องการการบริการ การใช้ทรัพยากรและเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะต้องมีทักษะในการสื่อสารและการเจรจาต่อรอง

2.1.1.7 บทบาทและสมรรถนะในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดด้วยตนเอง และมีบทบาทส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะให้มากที่สุด โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีความสามารถในการเป็นปากเป็นเสียงหรือเรียกร้องเพื่อพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย โดยต้องรอบรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วย มีทางเลือกรักษาการพยาบาลที่เหมาะสม

ให้แก่ผู้ป่วยและสามารถเจรจาต่อรองกับผู้บริหารหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรงบประมาณ หรือทุนที่เพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วย

2.1.1.8 บทบาทและสมรรถนะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผู้จัดการรายกรณีต้องสร้างความสมดุลให้เกิดคุณภาพการดูแล โดยมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่เพียงพอทุกครั้ง ก่อนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเห็นดีให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหัตถการต่าง ๆ และในผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย อาจมีข้อขัดแย้งระหว่างกระบวนการรักษาที่มีความซับซ้อน ค่ารักษาที่เพิ่มสูงขึ้น และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ดังนั้นในระยะดังกล่าวผู้จัดการรายกรณีต้องมีบทบาทในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ดี เพื่อสร้างความสมดุลและแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งทางจริยธรรม

2.1.1.9 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นผู้ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น คือ ปกป้องสิทธิ์และศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้ป่วยภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.1.1.10 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นผู้บริหารความเสี่ยง มีบทบาทในการที่จะระบุงานการพยาบาลที่เป็นความเสี่ยงทางกฎหมาย มีหน้าที่ในการให้การวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ทันท่วงที โดยปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาลตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติ การตรวจสอบการใช้และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม

2.1.1.11 บทบาทและสมรรถนะด้านการจัดการเชิงผลลัพธ์ โดยต้องมีความสามารถประเมินครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ด้านค่ารักษาพยาบาล ผลลัพธ์ด้านรายได้ และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ

2.1.2 บทบาทและสมรรถนะทางด้านคลินิก (clinical/patient care) ประกอบด้วย

2.1.2.1 บทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี

2.1.2.2 บทบาทผู้ดูแล โดยให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นผู้ที่สามารถรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประเมินสภาพ วิเคราะห์ ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งสามารถระบุทางเลือกในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญในการดูแลรักษาวินิจฉัยโรค ทั้งทางการพยาบาลและทางการแพทย์และพัฒนาแผนการดูแลให้เหมาะสม การดำเนินการวางแผนการดูแล การประเมินซ้ำ การติดตามการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และมีบทบาทหน้าที่ค้นหาหรือพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัยนำเสนอแก่สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพิจารณานำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

2.1.2.3 บทบาทในการเป็นผู้ประเมินผลการดูแลและประเมินซ้ำ

2.1.2.4 บทบาทในการเป็นผู้วางแผนจำหน่ายและประสานงานกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

2.1.2.5 บทบาทในการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยทุกระยะและติดตามการตอบสนองศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน

2.1.3 บทบาทและสมรรถนะด้านธุรกิจการเงิน (financial/business) ประกอบด้วย

2.1.3.1 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากร ดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ควบคุมการใช้ทรัพยากร และควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการรักษา สามารถประเมินความแปรปรวน วิเคราะห์และจัดการแก้ไขหรือปรับแผนการดูแลได้ทันที่

2.1.3.2 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นตัวแทน โดยทำหน้าที่เป็นคนกลางในการนำทรัพยากรและบริการต่าง ๆ ไปสู่ผู้ใช้บริการทำให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ติดต่อสื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาลและผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพในการนำเสนอบริการต่าง ๆ เจริญตกลงกับผู้ใช้บริการทุกเรื่อง

2.1.3.3 บทบาทและสมรรถนะในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย โดยจัดการแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาล กำหนดวันนอนในโรงพยาบาลและประมาณการค่าใช้จ่าย

2.1.4 บทบาทและสมรรถนะด้านการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร (information management/communication) ประกอบด้วย

2.1.4.1 บทบาทและสมรรถนะในการจัดการข้อมูล ข่าวสาร และการติดต่อสื่อสาร โดยต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการข้อมูลในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล การลงบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลเพื่อรายงานผลการปฏิบัติและการใช้ข้อมูลเพื่อการเจรจาต่อรอง

2.1.4.2 บทบาทในการเป็นผู้ประสานการพัฒนาคุณภาพ โดยมีหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพตลอดเวลา ต้องมีระบบควบคุมค่าใช้จ่ายโดยไม่มีภาระลดจำนวนวันนอน และลดต้นทุนการรักษา ประสานและควบคุมคุณภาพการดูแล รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.1.5 บทบาทและสมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาชีพ (professional development)

2.1.5.1 บทบาทและสมรรถนะในการพัฒนาวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับ และเชื่อมั่นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่น ๆ

2.1.5.2 บทบาทและสมรรถนะในการเป็นนักวิจัย โดยสนับสนุนหรือทำวิจัยที่จะประเมินผลการดูแลผู้ป่วย นำผลงานวิจัยมาใช้ประโยชน์เขียนบทความออกเผยแพร่อต่อสาธารณะชน เสนอนโยบายและแนวปฏิบัติในรูปแบบใหม่และส่งเสริมการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3 แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway)

แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นเอกสารที่ทำหน้าที่เป็นเครื่องมืออธิบายเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และเป็นกระบวนการที่จะนำผู้ป่วยไปยังเป้าหมายที่ต้องการ สามารถช่วยควบคุมคุณภาพการดูแลและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยประจำวันสำหรับปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แนวทางนี้เป็นแผนการดูแลที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดเพื่อลดความล่าช้าในการจำหน่ายผู้ป่วย สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดของผู้ให้บริการ เป็นแนวทางที่ช่วยในการระบุกิจกรรมที่ต้องการที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีประโยชน์ในการระบุประเด็นการประกันคุณภาพและช่วยในการตั้งเป้าหมายการประกันคุณภาพ แนวทางนี้ยังส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพระบุเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้ประสบความสำเร็จในช่วงที่เข้ารับการรักษา (Poirrier & Oberleitner, 1999)

3.1 องค์ประกอบของแผนการดูแลผู้ป่วย

แม้ว่ารูปแบบของแผนการดูแลผู้ป่วยจะแตกต่างกันแต่แต่ละสถาบัน แต่องค์ประกอบหลักควรมีลักษณะที่ครอบคลุมการดูแลภายใต้กรอบของกระบวนการพยาบาล ระยะเวลาที่กำหนด กิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพและผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยโดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Poirrier & Oberleitner, 1999)

3.1.1 ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลรักษา (comprehensive aspects of care) โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้ (1.1) การประเมินสภาพ (1.2) การวางแผนการดูแล (1.3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (1.4) การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และทางการพยาบาล (1.5) ยาที่ผู้ป่วยได้รับ (1.6) การดูแลรักษา

(1.7) อาหารที่ผู้ป่วยได้รับ (1.8) กิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วย (1.9) การดูแลสุขอนามัย (1.10) การสอนสุขศึกษา (1.11) การวางแผนจำหน่าย และ (1.12) การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

3.1.2 การกำหนดระยะเวลา (time references) กำหนดระยะเวลาที่เป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรม การกำหนดระยะเวลาอาจจะแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน เช่น ในหอผู้ป่วยสามัญกำหนดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตกำหนดระยะเวลาเป็นชั่วโมงและการดูแลที่บ้านการกำหนดระยะเวลาเป็นอาทิตย์

3.1.3 กิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary intervention) โดยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องจะถูกปฏิบัติภายในระยะเวลาที่กำหนด และเป็นการทำงานร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการใช้แผนการดูแล

3.1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected patient outcome) โดยทั่วไปประกอบด้วยผลลัพธ์ประจำวัน ตลอดจนผลลัพธ์การจำหน่าย ผลลัพธ์เหล่านี้ควรสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่คาดหวังในเวลาที่กำหนดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3.2 การจัดทำแผนการดูแล (clinical pathway) เป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบที่จัดทำขึ้นอยู่กับความต้องการของสถาบันนั้นๆ โดยมีขั้นตอนดังนี้ (พัชรี, 2549)

3.2.1 เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำแผนการดูแล (clinical pathway) วิธีการเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยทั่วไปแล้วกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำแผนการดูแล (clinical pathway) คือ (1) กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน เช่น ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด (2) กลุ่มที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (3) กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจล้มเหลว (4) กลุ่มที่มีแบบแผนการรักษาที่แตกต่างกันมาก เช่น ผู้ป่วยจิตเภท (5) กลุ่มที่ความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนตับ ไต หัวใจ ไชกระดูกและ (6) กลุ่มที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนาน เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูง

3.2.2 จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาจนกระทั่งจำหน่าย หลังจากนั้นร่วมกันกำหนดแผนการดูแล (clinical pathway) เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

3.2.3 กำหนดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

3.2.4 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมองหรืออาจใช้วิธีขอความคิดเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

หลังจากได้ร่างของแผนการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีนำเสนอเพื่อขอคำปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และนำเสนอแผนการดูแลเพื่อให้ได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.3 รูปแบบการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วย อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยคือกิจกรรมและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์ที่ได้ช่วยประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้หรือไม่ โดยมีกิจกรรมในแผนการดูแล ดังนี้ (Sesperez et al., 2001; Wilson, Bin, Sesperez, Seger, & Sugrue, 2001)

3.3.1 การประเมินสภาพ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย (SpO_2)

3.3.2 การรักษา ได้แก่ การให้ออกซิเจน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายยางให้อาหาร (NG/OG) การใส่สายระบายทรวงอก (ICD) การใส่เฝือก (cast /slab) การใส่ที่ดึงถ่วงน้ำหนัก (skeletal traction) การใส่ที่ประคองกระดูกคอ (Philadelphia collar/soft collar) การใส่สายเพื่อติดตามความดันในสมอง (ICP monitor) หรือสายระบายน้ำหล่อสมอง (CSF drain)

3.3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจ เพื่อวินิจฉัยโรค ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (Complete blood count: CBC) การตรวจระบบการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin time: PT) (Partial thromboplastin time: PTT) ยูเรียไนโตรเจน (Blood urea nitrogen: BUN) ครีเอตินีน (Creatinine: Cr), น้ำตาลในเลือด (Blood sugar: BS), สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte), การทำงานของตับ (Liver function test: LFT), การติดเชื้อเอชไอวี (Anti human immunodeficiency virus: Anti HIV), การตรวจปัสสาวะ (Urine exam: U/A), ค่าระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG) การถ่ายภาพรังสี (X-Ray) ของทรวงอก กะโหลกศีรษะ กระดูกสันหลัง แขน ขา ช่องท้อง กระดูกเชิงกราน การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) การตรวจเพื่อหาภาวะเลือดออกในช่องท้อง (Diagnostic peritoneal lavage; DPL) การเปิดแผลเพื่อตรวจอวัยวะที่

ได้รับบาดเจ็บ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมอง ทรวงอก กระดูกสันหลัง รวมทั้ง
ช่องท้อง และการตรวจด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง (MRI)

3.3.4 โภชนาการ ได้แก่ การงดอาหารและน้ำ การให้อาหาร

3.3.5 การจัดการความปวด ได้แก่ การประเมินความปวดและการจัดการความปวด
โดยการให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ ยาเกิน การปรึกษาทีมระงับปวด

3.3.6 การขยับถ่าย ได้แก่ การบันทึกสารน้ำเข้า/ออก (Input/Output) การบันทึกการ
ขยับถ่าย การประเมินการทำงานของลำไส้ การดูแลให้ปัสสาวะหลังเอาสายสวนออก 6 ชั่วโมง

3.3.7 การใช้ยา ได้แก่ ยาฆ่าเชื้อ ยาป้องกันกันบาดทะยัก ยาป้องกันภาวะลิ่มเลือด
อุดตันหลอดเลือดดำ (DVT prophylaxis) ยาช่วยขยับถ่าย ยานอนหลับ และการบันทึกการให้ยาทาง
หลอดเลือดดำ/ทางปาก

3.3.8 กิจกรรม ได้แก่ การนอนราบบนเตียงห้ามลุกนั่ง การนอนศีรษะสูง 30 องศา
การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (Log rolling) การใส่เตียงสำหรับตรึงกระดูกสันหลัง (stryker frame)

3.3.9 ความสมบูรณ์ของผิวหนัง ได้แก่ การประเมินแผลกดทับ การดูแลแผลติดเชื้อ
การทำแผล

3.3.10 การทำกายภาพบำบัด ได้แก่ การปรึกษานักกายภาพบำบัดและการทำ
กายภาพบำบัด

3.3.11 การปรึกษา ได้แก่ การส่งปรึกษามิแพทย์ศัลยกรรมประสาท ทีมแพทย์
ศัลยกรรมกระดูก ทีมแพทย์ศัลยกรรม ทีมแพทย์ตา ทีมแพทย์หู คอ จมูก นักกิจกรรมบำบัด นักฝึก
พูด นักกายอุปกรณ์ นักโภชนาการ ทีมฟื้นฟูสภาพ และนักสังคมสงเคราะห์

3.3.12 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา
การใช้สิทธิ์การรักษา การฝึกการทำกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4.3 ประโยชน์ของแผนการดูแล (เพทาย, 2553)

4.3.1 เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้
เกิดการรับรู้การดูแลแผนการดูแลของกันและกัน เกิดการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อน
ของเอกสาร และประหยัดเวลาในการบันทึกของทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.3.2 เป็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ตลอดเวลาการดูแลรักษา ไม่ต้อง
เสียเวลาวางแผนวันต่อวัน ทำให้การวางแผนจำหน่ายและการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น

4.3.3 เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นกลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์
สูงสุด

4.3.4 ทำให้แน่ใจได้ว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.3.5 ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ

4.3.6 ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง เป็นข้อมูลบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

4.3.7 ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการ

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีกระบวนการที่คล้ายกับกระบวนการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การค้นหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (case identification and selection) เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มุ่งเน้นในการค้นหาผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี ไม่มีการประกันสุขภาพ ผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่ต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง กลุ่มโรคตาม DRG (กรณีศึกษา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; ศิริอรและพิเชต, 2556; ศุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุดมรัตน์, 2548; อุษา, 2555; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010)

2. การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา (assessment/problem identification) หลังจากเสร็จสิ้นการค้นหาและคัดเลือกผู้ป่วยแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประเมินภาวะสุขภาพและภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเป็นระยะ ๆ ตามความจำเป็นตลอดการดูแล โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินผู้ป่วยมีแหล่งที่มาของข้อมูลหลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลเบื้องต้นมาจากผู้ป่วยและจากประวัติของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ จิตสังคม ปัจจัยแวดล้อม รองลงมา เป็นข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น จากพ่อแม่ คู่ครอง บุตร สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสุขภาพอื่น ๆ ต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วค้นหาปัญหา เพื่อหาแนวทางในการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กรณีศึกษา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; ศิริอรและพิเชต, 2556; ศุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุดมรัตน์, 2548; อุษา, 2555; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010)

3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการประสานงาน (development and coordination of the care plan) โดยกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการใช้บริการและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดต่อประสานงานกับบุคลากรในทีม กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับ ร่วมกันปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแล และสื่อสารให้ทีมทราบทั่วกัน (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; ศิริอรและพิเชต, 2556; สุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุดมรัตน์, 2548; อุษา, 2555; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010)

4. การดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (implementation of the care plan) เป็นขั้นตอนดำเนินการจากแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติ ในการดำเนินการตามแผนผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเชื่อมโยงกับการบริการภาคเอกชนและบริการของชุมชน ไม่มีความซ้ำซ้อนของการให้บริการ เป้าหมายของขั้นตอนนี้คือการเพิ่มความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน ปฏิบัติการดูแลโดยตรง พิทักษ์สิทธิ์ในการได้รับบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม จัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการความเสี่ยง วางแผนจำหน่ายและสร้างทางเลือกในการบริการและนำเทคโนโลยีที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมมาใช้กับผู้ป่วย (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; ศิริอรและพิเชต, 2556; สุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุดมรัตน์, 2548; อุษา, 2555; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010)

ในขั้นตอนดำเนินการหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระหว่างการดูแล (ความแปรปรวน) ที่เป็นปัญหาการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนบางอย่างที่มีการเบี่ยงเบนจากแนวทางการดูแลรักษาหลัก (clinical pathway) สถานการณ์เหล่านี้จะถูกบันทึกไว้ในแบบฟอร์มความแปรปรวน ซึ่งเป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเหลวได้หลังผ่าตัดวันที่ 2 พยาบาลต้องบันทึกไว้ในแบบฟอร์มความแปรปรวน ที่เบี่ยงเบนจากผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย (Poirier & Oberleitner, 1999) เมื่อเกิดความแปรปรวนต้องรายงานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ และร่วมกันแก้ไขทันที สาเหตุที่ทำให้เกิดความแปรปรวนมี 3 สาเหตุ ดังนี้ (Sespez et al., 2001)

(1) สาเหตุจากผู้รับบริการ คือ เกิดจากผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยไร้ความสามารถทางร่างกายและทางอารมณ์ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลปฏิเสธการรักษาหรือปฏิเสธการจำหน่าย

(2) สาเหตุจากผู้ให้บริการ เกิดจากการเบี่ยงเบนจากแผนการดูแลตามปกติของทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา การเตรียมตรวจต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

(3) สาเหตุจากระบบ เกิดจากการขาดความพร้อมของระบบต่าง ๆ ในการให้บริการ เช่น อุปกรณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน การเลื่อนการผ่าตัด หรือการเลื่อนตรวจก่อให้เกิดความล่าช้า เนื่องจากมีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมีผู้ป่วยจำนวนมาก

5. การประเมินและการติดตามผล (evaluation and follow-up) เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นสัญญาณที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดตามผลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและติดตามผลต่อไปจนกระทั่งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ไปติดตามผลด้วยตัวเองโดยการเยี่ยมบ้านหรืออาจติดตามโดยการเยี่ยมชมทางโทรศัพท์ มีการโทรติดตามกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หน่วยสังคมสงเคราะห์หรือหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจติดตามเพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้งตามความจำเป็น (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; ศุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุดมรัตน์, 2548; อุษา, 2555; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010)

6. การติดตามอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพใหม่ และการประเมินผลใหม่ (continuous monitoring, reassessing and reevaluating) โดยมีการติดตาม การประเมินสภาพใหม่ และการประเมินผลใหม่อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสิ้นสุดการดูแลอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วยสถานะผู้ป่วย การรักษา แผนการดูแลรายกรณี และแผนการจำหน่าย เผยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงสภาพผู้ป่วยและแผนการให้การดูแลที่มีการแก้ไขและปรับซึ่งอาจเกิดขึ้นหลายครั้ง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลรายกรณีจะผ่านการปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ก่อนที่จะดำเนินการตามแผนขั้นสุดท้าย (จิราพร, 2544; ศุวัชรีย์, 2543; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010)

7. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (termination of case management service) เป็นกระบวนการที่เน้นในการหยุดการจัดการรายกรณีเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ในระดับสูงสุด และการบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ (จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; อุดมรัตน์, 2548; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010)

ปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่ามีปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จ มีดังนี้

1. มีผู้เชี่ยวชาญหลากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลดูแลแผล นักจิตวิทยา พยาบาลวางแผนจำหน่าย ผู้ประสานงานการจำหน่าย ผู้จัดการเตียง และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะตามวิชาชีพของตน ทำให้การประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง (เกษร, 2554; เครือวัลย์และจรรยาภรณ์, 2554; เพชรา, 2552; สมพร, 2552; อุษา, 2555; Askren & Frater, 2012; Chow & Wong, 2014; Haan et al., 2007; Latour et al., 2007; O'Mahony et al., 2007; Sen et al., 2009; Watts et al., 2009)

2. มีการสื่อสารกันโดยตรงภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสมาชิกในทีมร่วมแสดงความคิดเห็นให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ และทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาและการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย จะทำให้มีการตัดสินใจในวางแผนการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้รวดเร็วกว่าการสื่อสารโดยการเขียนบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (เกษร, 2554; เครือวัลย์และจรรยาภรณ์, 2554; เพชรา, 2552; Gurses & Xiao, 2006; Haan et al., 2007; O'Mahony et al., 2007; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001) และมีงานวิจัยการที่มีการสื่อสารกันโดยตรงภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และมีผู้ป่วย/ผู้ดูแลเข้ามาส่วนร่วม ทำให้การทำงานไม่ซ้ำซ้อนสามารถแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Curtis et al., 2002)

3. มีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เนื่องจากพยาบาลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด รับรู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและประสานความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน พกัณฑ์สิทธิ์และจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม รวมทั้งสร้างทางเลือกในการบริการทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างคุ้มค่า (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; ศิริอรและพิเชต, 2556; สมพร, 2552; อุษา, 2555; Askren & Frater, 2012; Chow & Wong, 2014; Haan et al., 2007; Latour et al., 2007; O'Mahony et al., 2007; Watts et al., 2009)

4. มีการประชุมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลลัพธ์ของการดูแลเป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้ (อุดมรัตน์, 2548; Curtis et al., 2002)

5. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยและใช้ข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการรักษา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (เครือวัลย์และจรรยาภรณ์, 2554; เพชรา, 2552; เขวลักษณ์และคณะ, 2549; Gurses & Xiao, 2006; O'Mahony et al., 2007)

6. มีการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น การวางแผนการดูแล การวางแผนการจำหน่าย การวางแผนผ่าตัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่เกิดการงานที่ซ้ำซ้อน (เครือวัลย์และจรรยาภรณ์, 2554; เพชรา, 2552; Gurses & Xiao, 2006; O'Mahony et al., 2007; Sen et al., 2009)

7. มีแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการกำหนดเป็นลำดับตามเหมาะสม และมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน โดยบูรณาการแนวทางการรักษา แผนการพยาบาล และกิจกรรมทั้งหมดของทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแผนเดียวที่ชัดเจน กำหนดความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สมาชิกในทีมมีแนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง ไม่เกิดการงานที่ซ้ำซ้อนกัน (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; เขวลักษณ์และคณะ, 2549; ศิริอรและพิเชต, 2556; สุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; อุคมรัตน์, 2548; อุษา, 2555; Askren & Frater, 2012; Chow & Wong, 2014; Latour et al., 2007; Curtis et al., 2002; Latour et al., 2007; Sesperez et al., 2001; Sesperez et al., 2001; Vitaz et al., 2001; Watts et al., 2009)

8. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้นำทีม โดยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ สรุปรายการอภิปรายและมอบหมายงานให้กับสมาชิกในทีม ทำให้การทำงานมีความราบรื่น มีบรรยากาศที่ดีในการทำงาน สมาชิกในทีมเคารพในทัศนคติซึ่งกันและกันส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ร่วมกันวางไว้ (Dutton et al., 2003; Gurses & Xiao, 2006; Sen et al., 2009; Vitaz et al., 2001)

9. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตัวเองและมีการตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยการสอนและส่งเสริมการจัดการตัวเองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางในการจัดการตัวเอง (Watts et al., 2009)

10. การออกแบบระบบการดูแล ประกอบด้วย การสนับสนุนให้มีการดูแลเชิงรุก โดยมีการประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่องของทีม ทบทวนการบันทึกและแผนการดำเนินการของทีมสหสาขาวิชาชีพ การบันทึกการให้ความรู้และมีการฝึกการดูแลโดยทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญ (Watts et al., 2009)

11. ผู้ป่วยได้รับการสอนและแนะนำการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งมีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ (Chow & Wong, 2014)

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่ามีดัชนีที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มี 3 ด้าน และมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

1. ผลสัมฤทธิ์ด้านผู้ป่วยและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์

1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าการศึกษาของ เกษร (2554) ที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่สร้างโดยมาร์โฮนี และบาเทธ (Mahoney & Barthel, 1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) เพื่อนำมาใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 10 กิจกรรมประกอบด้วย (1) การรับประทานอาหาร (2) การขึ้นลงจากเตียง (3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4) การเข้าห้องน้ำ (5) การอาบน้ำ (6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (7) การขึ้นบันได (8) การแต่งตัว (9) การถ่ายอุจจาระ (10) การปัสสาวะ แต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0-15 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน มีการแปลผล ดังนี้

0 - 20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

21 - 45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

46 - 70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

71 - 90 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก

91-100 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

เครื่องมือมีค่าความความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .83 (เกษร, 2554)

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังในการดูแลตนเอง ซึ่งมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาทดลองแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าทำให้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการดูแลเท้า (อุษา, 2555) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการพ่นยา ด้านการปฏิบัติในการดูแลตนเอง และด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (ภัทพรและคณะ, 2554) และในผู้ป่วยสูงอายุ

ที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไต สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการติดตามอาการ ด้านการใช้ยา และด้านการทำกิจกรรมประจำวัน (Chow & Wong, 2014) และในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โรคทางเดินหายใจ โรคกระดูกและข้อ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Latour et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่าแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่สร้างโดย มาร์โธนีและบาเทธ (Mahoney & Barthel, 1965) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำมาประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้กันเป็นสากลและมีผู้นำมาใช้แล้วมีความเที่ยงของเครื่องมือในระดับดี ส่วนแบบประเมินของอุษา (2555) และของภักพรและคณะ (2554) มีความเจาะเจาะเฉพาะ โรค คือ โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งไม่เหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

1.3 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลง 2-15 วัน โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Curtis et al., 2002; Dutton et al., 2003; Sesperez et al., 2001) บาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Vitaz et al., 2001) ผู้ป่วยโรคทางเดินปัสสาวะ (นิตยา, 2551) ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (บุศรา, 2552; วิภาดา, 2555) ผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก (ประภาพร, 2554) โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (พิไลวรรณและคณะ, 2553) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (สุนนิตย์, 2554) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (รัตนนา, 2554) โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (วลัยและอนัญญา, 2552) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภักพรและคณะ, 2554) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (วรรณี, 2555) โรคหัวใจล้มเหลว (Kim & Soeken, 2005; Latour et al., 2007) ซึ่งประเมินจากจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.4 ค่ารักษาพยาบาล พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดค่ารักษาพยาบาล โดยมีศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ได้แก่ บาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Vitaz et al., 2001) โรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัด (จิราภรณ์, 2543) ผู้ป่วยโรคทางเดินปัสสาวะ (นิตยา, 2551) ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (บุศรา, 2552; วิภาดา, 2555) เด็กไข้เลือดออก (ประภาพร, 2554) โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (พิไลวรรณและคณะ, 2553) และกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (เพชร, 2552) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (วลัยและอนัญญา, 2552) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภักพรและคณะ, 2554) และผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศุวัชรีย์, 2543) ซึ่งประเมินจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นตัวเงิน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการรักษาต่อผู้ป่วย 1 ราย เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงและคงที่

โดยไม่คิดค่าแรงของผู้ให้บริการ โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่ถือตามใบสรุปค่ารักษาพยาบาล ประกอบด้วย (1) ค่าเตียง ค่าอาหาร (2) ค่าผ่าตัด ค่าดมยาสลบ (3) ค่าอุปกรณ์และค่าบำบัดการรักษา ได้แก่ ค่าทำแผล ค่าเตรียมผ่าตัด ค่าเจาะส่วนต่าง ๆ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการผู้ป่วยใน (4) ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค ได้แก่ ค่าเอ็กซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (5) ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน และ(6) ค่ายา

1.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ปัญหาสุขภาพจิต (Latour et al., 2007) โรคระบบทางเดินปัสสาวะ (นิตยา, 2551) โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (รัตนนา, 2554) รวมทั้งผู้ป่วยที่ปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (พัชร, 2549) ผู้ป่วยผ่าตัดคลอด (กรรณิกา, 2544) เปลี่ยนข้อเข่าเทียม (จิราพร, 2544) โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (พิไลวรรณและคณะ, 2553; เพทาย, 2553) ผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (สมพร, 2552) โดยส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินโดยคัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยของจิราพร (2544) ที่ใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อการบริการของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson อ้างตามจิราพร, 2544) มีความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95 ประกอบด้วย การประเมินความพึงพอใจ 6 ด้าน คือ (1) ด้านความสะดวกที่รับจากการบริการ (2) ด้านการประสานงานของการบริการ (3) ด้านอรรถศาสตร์และความสนใจของผู้ให้บริการ (4) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (5) ด้านคุณภาพของการบริการ และ (6) ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ โดยมีผู้นำมาดัดแปลงและมีความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .92-.95 (กรรณิกา, 2544; พัชร, 2549; นิตยา, 2551; เพทาย, 2553) และการศึกษาของเพชร (2552) มีการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้และการปฏิบัติ (2) ด้านการทำงานของบุคลากร (3) ด้านอุปกรณ์สถานที่และการบริการ มีค่าความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94 รวมทั้งการศึกษาของสมพร (2552) ได้มีการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความรวดเร็วของการบริการ (2) ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของการบริการ (3) ด้านคุณภาพการบริการ (4) ด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่าแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยของจิราพร (2544) มีความเหมาะสมที่สุด เนื่องจากเป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับ

รูปแบบการจัดการรายกรณี และนักวิจัยส่วนใหญ่นิยมนำมาใช้เนื่องจากมีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดี คือ .95 ส่วนเครื่องมือของเพชร (2552) และของสมพร (2552) มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี คือ .81-.94 แต่การสร้างเครื่องมือยังไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จึงไม่เหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

1.6 อัตราการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ถึงร้อยละ 4.4-28 ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Askren & Frater, 2012; Kim & Soeken, 2005; Latouret et al., 2007) โรคเบาหวาน (Latouret et al., 2007) และผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไต (Chow & Wong, 2014) โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (รัตน, 2554) โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (วลัยและอนัญญา, 2552; Chow & Wong, 2014) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภักพรและคณะ, 2554) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (สุวนิตย์, 2554) และโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (พิไลวรรณและคณะ, 2553) ซึ่งมีการประเมินการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 2 แบบ คือ การกลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และภายใน 30 วัน

1.7 การเกิดความแปรปรวน (ปัญหาหรือผลลัพธ์ไม่ตรงตามแผน) พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบสามารถลดการเกิดความแปรปรวนลง คือ ลดการเกิดภาวะล้มเลือดออกันหลอดเลือดดำ 28.5 ครั้ง (Sespepez et al., 2001) และในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถลดอัตราการเกิดปอดอักเสบร้อยละ 5 (วันเพ็ญและอรชร, 2554) ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถลดการเกิดอันตรายจากแรงดันบวกร้อยละ 13.33 ลดการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังถอดท่อช่วยหายใจร้อยละ 13.4 และลดการกลับมาใส่เครื่องช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 13.4 (ศุวัชรีย์, 2543) ซึ่งประเมินจากการเกิดปัญหาที่เบี่ยงเบนจากผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยประเมินจากจำนวนครั้งของเหตุการณ์/ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะล้มเลือดออกันหลอดเลือดดำ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ปอดอักเสบ ปอดแฟบ ซึ่งส่งผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1.8 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา พบว่าในศูนย์อุบัติเหตุประเทศสหรัฐอเมริกา ที่รับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเข้ารับการรักษา มีจำนวนเตียงว่างเพิ่มขึ้นทำให้สามารถรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36 (Dutton et al., 2003)

1.9 ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจเยี่ยม พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในศูนย์อุบัติเหตุ ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้เวลาในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละคนอยู่ระหว่าง 25.8-36 วินาที ซึ่งใช้เวลาน้อยมากแต่ส่งผลดีกับผู้ป่วย คือ ใช้เวลาน้อยแต่ให้การดูแลผู้ป่วย

ได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม เหมาะกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก (Dutton et al., 2003; Sen et al., 2009)

1.10 ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง 6.9 วัน (Vitaz et al., 2001)

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่

2.1 ความสามารถและทักษะของผู้ดูแล พบว่าความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (เกษร, 2554) โดยมีการสร้างแบบประเมินเพื่อวัดความสามารถและทักษะของผู้ดูแล โดยเกษร (2554) ได้สร้างแบบประเมินความสามารถผู้ดูแล 6 ด้าน ได้แก่ (1) การทำอาหาร/ให้อาหารทางสายยาง (2) การทำกายภาพบำบัด (3) การดูแลกิจวัตรประจำวัน (4) การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ (5) การดูแลสภาพอารมณ์และจิตใจผู้ป่วย และ (6) การดูแลทางเดินหายใจและการดูดเสมหะ มีค่าความความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .84 และจอม (2540) ได้สร้างแบบประเมินเพื่อวัดความสามารถและทักษะของผู้ดูแล โดยประเมิน 9 ด้าน คือ (1) การให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (2) การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (3) การดูแลด้านการขับถ่าย (4) การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล (5) การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน (6) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกาย (7) การดูแลนอนหลับพักผ่อน (8) การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาพักผ่อนส่วนตัว และ (9) การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา มีค่าความความเที่ยงในการสังเกตโดยผู้สังเกต 2 คน ได้เท่ากับ .97

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินเพื่อวัดความสามารถและทักษะของผู้ดูแลของจอม (2540) มีความเหมาะสมที่สุด เนื่องจากครอบคลุมความสามารถและทักษะของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม และมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี คือ ค่าความความเที่ยงในการสังเกต เท่ากับ .97

2.2 ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถเพิ่มความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในญาติผู้ดูแลเด็กไข้เลือดออก (ประภาพร, 2554) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เพชรรา, 2552) โดยประภาพร (2554) ได้มีการสร้างแบบการประเมินความพึงพอใจผู้ดูแล 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความสะดวก (2) ด้านการติดต่อประสานงาน (3) ด้านอรรถาธิบายของพยาบาลในหอผู้ป่วย (4) ด้านการแจ้งข้อมูลต่าง ๆ (5) ด้านคุณภาพการบริการ และ (6) ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีค่าความความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91 และเพชรรา (2552) ได้สร้างแบบการประเมินความพึงพอใจผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความรู้และการปฏิบัติ (2) ด้านการทำงานของบุคลากร (3) ด้านอุปกรณ์

สถานที่และการบริการ มีค่าความความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือของเพชร (2552) มีความเหมาะสมที่สุดเนื่องจากมีความสอดคล้องกับการนำไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล ที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล รวมทั้งมีความเที่ยงของเครื่องมือที่ดีกว่า คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94

3. ผลลัพธ์ด้านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบ (บุศรา, 2552) ผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก (ประภาพร, 2554) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (รัตนา, 2554) ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง (สมพร, 2552) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศุวัชรีย์, 2543) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (พิไลวรรณและคณะ, 2553) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วันเพ็ญและอรชร, 2554) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (สุวนิตย์, 2554) และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภัทพรและคณะ, 2554) และพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพิ่มขึ้น (ชญาดา, 2550) โดยสมพร (2552) ได้มีการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านผลงาน หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อผลงานที่เกิดจากการดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผลการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ซ้ำซ้อนกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (3) ด้านความต่อเนื่องของบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และความต่อเนื่องของการได้รับข้อมูลข่าวสาร (4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการติดต่อสื่อสาร การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน การประสานงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย (5) ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล และการใช้ศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่ และ (6) ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพอย่างอิสระ และการมีโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้อย่างเต็มที่

เครื่องมือมีค่าความความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91

ศุวัชรีย์ (2543) ได้สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ถึงความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนถึงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือกันและกัน การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน และการร่วมกันรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานว่าเกิดขึ้นตามความคาดหวัง (2) ด้านการประสานงาน หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ถึงการจัดระเบียบวิธีการปฏิบัติหรือการกำหนดขั้นตอนการทำงานอย่างชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน และการจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือกันทั้งภายในและระหว่างแผนก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพว่าเกิดขึ้นตามความคาดหวัง (3) ด้านการติดต่อสื่อสาร หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ การได้ทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ขององค์กร การได้รับทราบอาการและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอและทันเวลา เพื่อใช้ในการตัดสินใจ การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระว่าเกิดขึ้นตามความคาดหวัง (4) ด้านความต่อเนื่องของการดูแล หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ถึงกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดตอน มีการวางแผนล่วงหน้าและการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพียงพอและทันเวลาเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพว่าเกิดขึ้นตามความคาดหวัง (5) ด้านการจัดสรรทรัพยากร หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ถึงความพร้อมและความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย การใช้งานและการบำรุงรักษาที่ถูกต้อง การใช้วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติว่าเกิดขึ้นตามความคาดหวัง เครื่องมือมีค่าความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91 และ ประภาพร (2554) ได้สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน (2) ด้านการทำงานร่วมกัน (3) ด้านความคล่องตัวในการทำงาน (4) ด้านการส่งเสริมและพัฒนาบุคคล เครื่องมือมีค่าความความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .87

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือของสมพร (2552) มีความเหมาะสมที่สุด เนื่องจากมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการรายกรณี มีความเที่ยงอยู่ในระดับดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการศึกษารุ่นนี้ประกอบด้วย

1. แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่สร้างโดยมาร์โฮนีและบาเทธ (Mahoney & Barthel, 1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) นำมาวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เป็นสากลใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และมีผู้นำมาใช้พบว่ามีความเที่ยงอยู่ในระดับดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .83 (เกษร, 2554)

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยของจิราพร (2544) ที่สร้างโดยใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อการบริการของเคย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson อ้างตามจิราพร, 2544) มาดัดแปลงเนื่องจากเครื่องมือมีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการรายกรณี และที่ผ่านมามีผู้นิยมนำแนวคิดนี้มาใช้ซึ่งพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดี คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .92-.95 (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; พัชรี, 2549; นิตยา, 2551; เพทาย, 2553)

3. แบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใช้แบบประเมินความสามารถและทักษะของผู้ดูแลของจอม (2540) มาดัดแปลงเนื่องจากมีความครอบคลุมความสามารถและทักษะของผู้ดูแล อย่างครบถ้วนทุกด้านแบบองค์รวม และมีค่าความความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ดีกว่า คือ มีค่าความความเที่ยงในการสังเกตเท่ากับ .97

4. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลของเพชร (2552) มาดัดแปลงเนื่องจากมีความสอดคล้องกับการนำไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล และมีความเที่ยงของเครื่องมือที่ดีกว่า คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94

5. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพของสมพร (2552) มาดัดแปลงเนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการรายกรณีและมีความครอบคลุมมากกว่า รวมทั้งมีความเที่ยงอยู่ในระดับที่ดีกว่า คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91

สรุปวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงระดับรุนแรงมาก คือ มีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49 จะมีการบาดเจ็บที่สาหัสและรุนแรง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรืออาจเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเข้ามาดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลกระทบของการบาดเจ็บอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล ซึ่งถ้าญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้และขาดทักษะในการดูแลกิจกรรมประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย ก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะล้มเลือดออกกันหลุดเลือดดำ ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และบางรายต้องกลับมารักษาซ้ำ

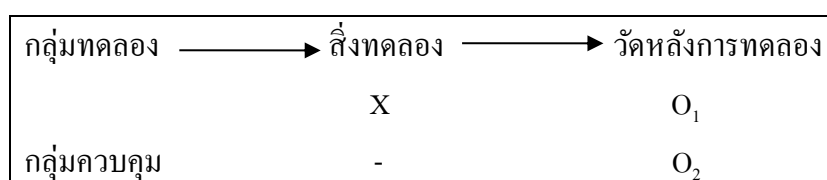
การพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบที่นำมาใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยใช้เป็นระบบชดเชยค่าบริการทั้งแบบเหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายค่าชดเชยหลังการให้บริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพกับผู้รับบริการและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการดูแลรักษา ซึ่งการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลที่ใช้ในการจัดการโรค โดยเฉพาะโรคที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ต้องดูแลระยะยาวรวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยออกแบบให้มีการดำเนินการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ใช้กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยการประเมินวิเคราะห์และค้นหาปัญหา รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล กำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่สาหัสและรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางรายเกิดความพิการต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาวและเสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพิ่มทักษะความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่ารักษาพยาบาล และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

โดยส่วนใหญ่การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีจะใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 7-21 วัน แต่สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีการศึกษาเฉพาะในต่างประเทศเท่านั้นที่มีการดูแลแบบการจัดการรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ถึงแม้จะมีการใช้การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการรายกรณี แต่ก็ยังเป็นการดูแลที่ยังไม่เต็มรูปแบบและยังไม่มีการวัดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งถ้าได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ โดยมีกระบวนการดำเนินการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลที่ร่วมกันสร้างขึ้น (clinical pathway) มีการประเมินผลและติดตามผลการดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลตนเองได้ จัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม ค้นหา รวมทั้งประสานแหล่งประโยชน์ และการประสานงานส่งต่อเพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามกระบวนการของโรค ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาและคุ้มค้ำกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two - group posttest only design) เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



X หมายถึง การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี

O₁ หมายถึง การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการดูแลรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี และความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

O₂ หมายถึง การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา มี 2 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกันด้านเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรงสาหัสถึงระดับความรุนแรงมากที่มีคะแนนการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ระหว่าง 16-49 โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

1.2 มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรงสาหัสถึงรุนแรงมากที่มีคะแนนการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ระหว่าง 16-49

2. ผู้ดูแลหลัก คือ ญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกันด้านเพศ อายุ โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

2.1 เป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโดยไม่รับค่าจ้าง

2.2 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2.3 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความคลาดเคลื่อน .05 และขนาดอิทธิพลซึ่งคำนวณจากงานวิจัยของพิไลวรรณและคณะ (2553) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ นำมาคำนวณขนาดอิทธิพลได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.2 (Hedges อ้างตามบุญใจ, 2553) (ภาคผนวก ข) แต่เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของพิไลวรรณและคณะ (2553) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงปรับขนาดอิทธิพลให้มีขนาดเล็กลงเป็น .80 กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 และให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 นำไปเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Cohen, 1988) ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 40 คน

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับผู้ป่วย คือ อายุ เพศ คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ ส่วนผู้ดูแล คือ อายุ เพศ โดยเลือกจากการมารับบริการที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2558 โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างและการปนเปื้อนของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจนครบ 20 คน

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการศึกษาครั้งนี้

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี คือ รูปแบบการจัดการโรค (disease management) มาใช้โดยดำเนินการเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ มีแหล่งสนับสนุนทั้งทรัพยากรด้านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และอุปกรณ์เครื่องมือด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งกระบวนการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล ถึงแม้ว่าจะมีการแบ่งขั้นตอนไว้หลากหลายก็ตาม การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีการดำเนินการดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection) โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี โดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 อวัยวะขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรงสาหัสถึงระดับความรุนแรงมากที่มีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49

2. การประเมินภาวะสุขภาพและวิเคราะห์ปัญหา (assessment/problem identification) โดยประเมินสภาพครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ด้านสิทธิการรักษา และในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย มีแหล่งที่มาของข้อมูลหลายแหล่ง ได้แก่ (1) ข้อมูลจากผู้ป่วย (2) ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ พี่ น้อง คู่สมรส บุตร สมาชิกในครอบครัว (3) ข้อมูลจากผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (4) ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์และจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การวางแผนและการประสานงาน (development and coordination of the case plan) โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแนวทางในแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (clinical pathway) โดยมีการกำหนดกิจกรรมหรือประเด็นหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพไว้ในแต่ละช่วงเวลา และมีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือครบ 14 วัน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแล โดยแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องครอบคลุมผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ได้แก่ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจต่าง ๆ การใช้ยา ชนิดปริมาณอาหาร กิจกรรม การส่งปรึกษา การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การวางแผนจำหน่าย ซึ่งมีการกำหนดแผนการดูแลในแต่ละระยะ ดังนี้

3.1 ระยะแรกเริ่ม วันที่ 1 คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย (1) ประเมินการทำงานทางระบบประสาท (GCS) (2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (3) สัญญาณชีพ (4) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย (SpO_2) (5) ประสิทธิภาพอื่น ๆ โดยใช้หลัก (AMPLE) (6) การบาดเจ็บเฉพาะของอวัยวะต่าง ๆ (7) บาดแผลและปริมาณเลือดที่ออกจากแผล (8) ความเจ็บปวดและการจัดการความปวด (9) สภาพจิตใจและการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ตามความต้องการที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะประเด็นปัญหาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหน้าที่ลดลง การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และการจัดการความปวด รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

เกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด และการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนการดูแลรักษา และให้ข้อมูลอย่างเพียงพอทุกครั้งก่อนจะให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นต์ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล หรือการทำหัตถการต่าง ๆ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบข้อปฏิบัติต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย และการติดต่อสิทธิบัตร

3.2 ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย วันที่ 2-7 คือ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยการประเมิน (1) สัญญาณชีพ (2) ระดับความรู้สึกตัว (3) กำลังของกล้ามเนื้อ (4) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (5) การมีน้ำหล่อสมองออกจากหู (otorrhea) หรือมีน้ำหล่อสมองออกจากจมูก (rhinorrhea) (6) เสียงหายใจที่ผิดปกติ มีลมรั่วในช่องชั้นใต้ผิวหนัง (7) ท้องตึงกดเจ็บ การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง (8) การกดเจ็บบริเวณกระดูกเชิงกราน รวมทั้งอวัยวะเพศ (9) แขนและขาบวม กดเจ็บ สภาพของหลอดเลือดและระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลำชีพจรไม่ได้ ชีตซา อ่อนแรง (10) บาดแผล สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล และความรู้/ทักษะของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลแผล (11) ความเจ็บปวดและการจัดการ (12) ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (13) ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (14) สภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (15) ความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และ (16) สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว การตรวจพิเศษต่าง ๆ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการของโรค และตามความต้องการที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาที่คุกคามชีวิตและปัญหาความเสี่ยงที่พบบ่อยในระยณะนี้ ได้แก่ การดูแลรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหน้าที่ลดลง ภาวะการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น การจัดการความปวด การติดเชื้อของแผล การขาดสารอาหาร และการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ/ข้อติดแข็ง/ปอดอักเสบ/ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ/ลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ สนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง และร่วมกันการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม คือ การสร้างความตระหนักในความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งทำได้โดยการส่งเสริมให้ดูแลตนเองด้วยการให้ความรู้ การสอน และการฝึกทักษะในเรื่องการดูแลให้อาหารและน้ำ การดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและข้อติด

การดูแลการนอนหลับพักผ่อน และการดูแลการขับถ่าย รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยให้มีการสาธิตย้อนกลับพร้อมทั้งการใช้สื่อการสอน ได้แก่ การแจกคู่มือ มีการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดด้วยตนเอง โดยเป็นผู้เสนอทางเลือกและให้ข้อมูลที่เพียงพอ

3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย วันที่ 8-12 คือ ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การประเมิน (1) สัญญาณชีพ (2) ระดับความรู้สึกร่างกาย (3) กำลังของกล้ามเนื้อ (4) บาดแผล ความรู้และทักษะของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการทำแผลและการดูแลสายระบายสารคัดหลั่งจากแผล (5) ความเจ็บปวดรวมทั้งการจัดการความปวด (6) ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (7) ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (8) การประเมินสภาพจิตใจ (9) ความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะลิ้มเลือดออกก้นหลอดเลือดดำ ปอดอักเสบ ภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการของโรคและตามความต้องการที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาความเสี่ยงที่พบบ่อยในระยนี้ ได้แก่ การจัดการความปวด การป้องกันการติดเชื้อของแผล ภาวะการขาดสารอาหาร การเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ/ข้อติดแข็ง/ปอดอักเสบ/ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ/ภาวะลิ้มเลือดออกก้นหลอดเลือด

โดยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสำรวจและค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเอง ร่วมตั้งเป้าหมายและเข้าใจอุปสรรคข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยการส่งเสริมให้ดูแลตนเองโดยให้รับความรู้ ด้วยการสอนรวมทั้งฝึกทักษะในเรื่องการดูแลให้อาหารและน้ำ การดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและข้อติดแข็ง เป็นต้น การดูแลการนอนหลับพักผ่อน และการดูแลการขับถ่าย รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยให้มีการสาธิตย้อนกลับพร้อมทั้งการแจกคู่มือและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย เช่น การสวนปัสสาวะแบบสะอาด การฝึกขับถ่ายอุจจาระ (bowel training program) ทักษะการใช้รถเข็นนั่ง การใส่อุปกรณ์พยุงหลัง และจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ หาแหล่งสนับสนุนทั้งในโรงพยาบาลและใน

ชุมชนเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการจัดการตนเองของ ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3.4 ระยะเวลาจำนำย วันที่ 13-14 คือ การประเมินความพร้อมและเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนจำนำยออกจากโรงพยาบาล และประสานงานกับเครือข่ายทั้งภายในและ ภายนอกโรงพยาบาลเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งประสานงานให้เครือข่ายใน ชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในเรื่อง (1) สัญญาณชีพ (2) ระดับความรู้สึกตัว (3) กำลังของกล้ามเนื้อ (4) การตรวจวินิจฉัย และการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ (5) ความพร้อมของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ (6) ความพร้อม ของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา วิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานสุขภาพตาม กระบวนการของโรค และตามความต้องการที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระยะนี้ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนจำนำย โดยการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ด้วยการส่งเสริมให้ดูแลตนเอง ได้แก่การให้ความรู้ การสอน ฝึกทักษะ การกระตุ้นและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามรูปแบบ METHOD ดังนี้ (1) การให้ยาโดย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างละเอียด เกี่ยวกับชื่อยา การ ออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้ง ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา (2) การจัด สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ บ้าน การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ การใช้แหล่งประโยชน์ ในชุมชนรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการฝึก อาชีพใหม่ (3) การรักษา โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา การปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการบาดเจ็บตามพยาธิสภาพที่ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอยู่ รวมทั้งสามารถ สังเกตและเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ (4) การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จะได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (5) การดูแลต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลได้รับการอธิบายให้เข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด รวมทั้งเวลา

สถานที่ ที่จะมาใช้บริการในวันที่มาตรวจตามนัด การเตรียมตัว เช่น งดอาหารและน้ำ การส่งต่อไปรับบริการที่สถานบริการอื่นหรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินญาติผู้ดูแลควรนำผู้ป่วยไปรักษาในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านก่อน พร้อมทั้งนำประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลออกให้ไปให้แพทย์ด้วย(6)อาหาร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย และการป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย

ดูแลให้ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่ควรได้รับ โดยประสานงานกับหน่วยงานตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ตามสิทธิการรักษา เช่น เงินชดเชย อุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ รถเข็นนั่ง เบาะรองนั่ง ไม้เท้า สายสวนปัสสาวะ (silicone's cath) และกรณีผู้ป่วยเป็นผู้พิการ ประสานงานกับหน่วยสิทธิประโยชน์ในการทำบัตรรับรองความพิการ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ สถานที่ที่จะไปติดต่อขอรับบริการตามสิทธิ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ของทุกจังหวัด และนำบัตรรับรองคนพิการ ไปเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาล และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานงานกับหน่วยปฐมภูมิ (PCU) ให้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านกรณี que ผู้ป่วยอยู่ในเขตอำเภอขนาดใหญ่ ส่วนกรณีผู้ป่วยอยู่นอกเขตอำเภอขนาดใหญ่ ประสานงานหน่วยปฐมภูมิ (PCU) ให้ส่งต่อกับเครือข่ายสถานบริการใกล้บ้านเพื่อการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประสานงาน โดยตรงกับเครือข่ายสถานบริการใกล้บ้านทางโทรศัพท์ และทำบันทึกข้อความเกี่ยวกับการความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนและต่อเนื่องให้ญาติผู้ดูแลนำไปติดต่อกับเครือข่ายสถานบริการใกล้บ้าน และติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย 3 วัน และเปิดช่องทางให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลขอคำปรึกษาหลังจากจำหน่ายได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยผ่านทางผู้จัดการรายกรณี โดยให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่ญาติเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และค้นหาแหล่งทรัพยากรรวมทั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และประสานงานให้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้าร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

4. การปฏิบัติและกำกับกรปฏิบัติ ให้ดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้ (Implementation of the case plan) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมและกำกับการปฏิบัติให้ดำเนินการไปตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่วางไว้ ดังภาคผนวก ง และดูแลให้การพยาบาลตามหัวข้อการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละระยะ ดังภาคผนวก ง โดยแต่ละวิชาชีพปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนการดูแลที่กำหนด

ไว้ร่วมกัน โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอำนวยความสะดวก สนับสนุน การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และปฏิบัติการดูแลโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง กำกับให้การปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพดำเนินไปตามแผนการดูแล (clinical pathway) ให้ได้ผลลัพธ์ในระยะเวลาที่กำหนดไว้และบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการจัดการรายกรณีในทุกช่วงเวลา ดังภาคผนวก ง โดยมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการเดินตรวจเยี่ยมข้างเตียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 12.30-13.00 น. และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะปฏิบัติหน้าที่ระหว่าง 8.00-16.00 น. วันจันทร์-ศุกร์ ในการศึกษาี้ครอบคลุม 14 วัน โดยถูกจัดให้มีการจัดการรายกรณี 8 ชั่วโมง/วัน, 5 วัน/สัปดาห์

5. การประเมินผลและการติดตามผล (evaluation and follow up) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประเมินผลตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่กำหนดไว้ ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาดูแลและติดตามผลต่อไปจนกระทั่งครบ 14 วัน หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินผลทุกวันว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ในขั้นตอนนี้หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระหว่างการดูแล (ความแปรปรวน) ที่เป็นปัญหาที่มีการเบี่ยงเบนจากแนวทางการดูแลรักษาปกติ (clinical pathway) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประสานงานให้มีการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันแก้ไขความแปรปรวนที่เกิดขึ้น โดยจะมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถดำเนินการไปตามแผนการดูแลที่วางไว้ได้

6. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (termination of case management service) เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในระดับสูงสุด รวมทั้งการบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่เป็นผู้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วัน โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

องค์ประกอบของทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับการศึกษาครั้งนี้

องค์ประกอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน แพทย์ศัลยกรรม อุบัติเหตุ 1-2 คน แพทย์ศัลยกรรมประสาท 1-2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1-2 คน เภสัชกร 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย 1-2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5-6 คน พยาบาลหน่วยดูแลระบบหายใจ 1-2 คน รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพมีรายละเอียด ดังนี้

1. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (ศิริอร และพิเชต, 2556; สมพร, 2552; Cohen & Cesta, 2005; Finkelman, 2011; Powell & Tahan, 2010; Whitaker, 2010) ดังนี้

1.1 เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อคัดเลือกเข้ารับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี

1.2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แหล่งสนับสนุน สถานะทางการเงิน การประกันสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมดมาวิเคราะห์และระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

1.3 ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยทุกวัน โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่กำหนดไว้ เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยู่ยากซับซ้อนของผู้ป่วย รวมทั้งการริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

1.4 ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน และตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วย และปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหของผู้ป่วยหากมีการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาเกิดขึ้นที่เบี่ยงเบนไปจากผลลัพธ์ที่คาดหวังระหว่างการดูแล (ความแปรปรวน) ประสานงานจัดประชุมและเป็นผู้นำในการประชุมเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา

1.5 ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยการส่งเสริมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ด้วยการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองและร่วมกันการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม คือ การสร้างความตระหนักในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสำรวจและค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเองร่วมตั้งเป้าหมายและเข้าใจอุปสรรคข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินภาวะสุขภาพของ

ตนเองได้ ให้ความรู้ โดยการสอนและฝึกทักษะ รวมทั้งใช้สื่อ ได้แก่ การแจกคู่มือ สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้สม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีศักยภาพในการปฏิบัติให้ได้ตามแผนและนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

1.6 ติดตาม ควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่กำหนดไว้

1.7 จัดหาทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทั้งในโรงพยาบาลรวมทั้งในชุมชน และสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งจัดสรรการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

1.8 เจรจาต่อรองเป็นปากเป็นเสียง และเรียกร้องเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยมีทางเลือกการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อการตัดสินใจ และค้นหาหรือพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัย หรือเป็นปัจจุบันนำเสนอแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพิจารณานำมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

2.1 เป็นหัวหน้าทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยทำให้การทำงานมีความราบรื่น มีบรรยากาศที่ดีในการทำงาน สมาชิกในทีมเคารพในทัศนคติซึ่งกันและกัน

2.2 เป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ

2.3 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และเป็นผู้สรุปการอภิปรายและมอบหมายงานให้แก่สาขาวิชาชีพไปดำเนินการ

2.4 เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.5 เป็นที่ปรึกษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย แนวทางการดูแลรักษาและแหล่งประโยชน์

2.6 เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้นผลการรักษาไม่เป็นไปตามแผนที่ทีมสหสาขาวิชาชีพกำหนดไว้ จะเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

3. แพทย์เจ้าของไข้ ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ศัลยกรรมประสาท มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (จิราพร, 2544) ดังนี้

3.1 ตรวจสอบวินิจฉัย ระบุพยาธิสภาพของผู้ป่วยและให้รักษาตามแนวทางการดูแล (clinical pathway) ที่ร่วมกันกำหนดไว้

3.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย และแนวทางการรักษาต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด ความเสี่ยงในการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน แก่ผู้ป่วยและญาติ

3.3 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกวัน และตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

3.4 สังเกตพิเศษด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี เช่น การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น

3.5 เขียนใบขอคำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

3.6 ให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะและให้คำแนะนำในการวางแผนการรักษาในอนาคตตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยสอดคล้องกับแผนการดูแล (clinical pathway) ที่ร่วมกันกำหนดไว้

3.7 ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้ข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการรักษาทำให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3.8 เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้นทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามแผนที่ทีมสหสาขาวิชาชีพกำหนดไว้ จะเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

3.9 เขียนใบสรุปการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วย การวินิจฉัย ผลการตรวจต่างๆ การผ่าตัด การใช้ยา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.10 เขียนเอกสารรับรองผลการเจ็บป่วย เช่น ใบรับรองแพทย์

3.11 เขียนสรุปเวชระเบียน(summary sheet) เพื่อลงรหัสโรคสำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

4. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

4.1 ตรวจวินิจฉัย ระบุพยาธิสภาพของผู้ป่วย และให้รักษาตามแผนการดูแล (clinical pathway) ที่ร่วมกันกำหนดไว้

4.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตรวจวินิจฉัย และแนวทางการฟื้นฟูสภาพ/ข้อเสนอแนะแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

4.3 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

4.4 เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้นทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามแผนที่ทีมสหสาขาวิชาชีพกำหนดไว้ เข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

4.5 เขียนใบสั่งกายอุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น Philadelphia collar, knight taylor brace, Jewette brace, ไม้เท้า (Cane), ไม้ค้ำยัน (Crutches), แขนขาเทียม และรถเข็นนั่ง (Wheel chair) เป็นต้น

4.6 เขียนเอกสารรับรองความพิการ

5. นักกายภาพบำบัดมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (จิราพร, 2544) ดังนี้

5.1 รับปรึกษาการให้บริการทำกายภาพบำบัด

5.2 ตรวจร่างกายผู้ป่วย ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อและประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

5.3 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

5.4 คงสภาพพิสัยของข้อและการบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยของข้อ โดยจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

5.5 สอน สาธิต ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการทำกายภาพบำบัด และแนะนำวิธีการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มกำลัง ความคงทน และความประสานกันของกล้ามเนื้อเฉพาะกลุ่มหรือทั้งร่างกาย

5.6 ประเมินการนั่ง การยืน การย้ายตัว และการเดิน การใช้รถเข็นนั่ง และอุปกรณ์ช่วยการเดิน ไม้เท้า และอุปกรณ์พยุงหลัง รวมทั้งฝึกการใช้รถเข็นและการเดินให้กับผู้ป่วยและญาติ

5.7 สอนและให้คำแนะนำเรื่องการทำกายภาพบำบัด การใช้กายอุปกรณ์ ต่าง ๆ เช่น การใช้รถเข็นนั่ง และอุปกรณ์ช่วยการเดิน ไม้เท้า และอุปกรณ์พยุงหลัง ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

5.8 เป็นผู้ใช้เครื่องมือทางกายภาพเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วย เช่น เครื่องมือเกี่ยวกับ การดึง การตัด การนวด การใช้ความร้อน และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า

5.9 ประเมินผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามแผนการดูแล (clinical pathway) ที่ร่วมกันกำหนดไว้ หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้นทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามแผน แจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบ และเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

6. นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (เพชรรา, 2552) ดังนี้

6.1 รับปรึกษาการให้บริการทำกิจกรรมบำบัด

6.2 ประเมินและสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การกิน การอาบน้ำ การขับถ่าย และการดูแลตัวเอง ตลอดจนการคัดแปลงการใช้เครื่องมือช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

6.3 ประเมินและฝึกสอนการใช้กายอุปกรณ์เสริม รวมทั้งกายอุปกรณ์เทียมตลอดการดูแลรักษา

6.4 ฝึกกิจกรรมการเคลื่อนไหวสำหรับแขนและมือเพื่อช่วยคงสภาพหรือเพิ่มพิสัยเพิ่มกำลัง ความคงทนของข้อ และการทำงานประสานกันให้กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมอบหมายเป็นการทำงานที่เน้นกิจกรรม

6.5 ประเมินและฝึกสอนวิธีการทดแทนกรณีที่มีการสูญเสียความรู้สึกและการรับรู้

6.6 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

6.7 ให้คำปรึกษาในการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

6.8 เมื่อเกิดความแปรปรวนแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบ และเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

7. เกสัชกรมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (จิราพร, 2544) ดังนี้

7.1 รับปรึกษาการให้บริการการใช้ยา

7.2 ประเมินเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาและการจ่ายยา

7.3 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

7.4 จัดเตรียมยาให้ถูกต้องและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการรักษา

7.5 ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับยา ได้แก่ ชนิดของยา ราคา ยา การออกฤทธิ์ของยาอาการข้างเคียงที่สำคัญของยาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

7.6 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงที่สำคัญของยาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

7.7 เมื่อเกิดความแปรปรวนแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบ และเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

8. นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (จิราพร, 2544) ดังนี้

8.1 รับปรึกษาการให้บริการด้านเศรษฐกิจและจิตสังคม

8.2 ประเมินสภาพจิตใจและด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

8.3 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

8.4 ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ เช่น กรณีที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ หรือค่าอุปกรณ์พิเศษที่มีราคาแพง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแล (clinical pathway) ที่กำหนดไว้

8.5 เป็นผู้ให้ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อใช้ประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

8.6 ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
ในด้านเศรษฐกิจ

8.7 เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น แจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบและเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

9. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (สมพร, 2552) ดังนี้

9.1 รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

9.2 ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

9.3 เป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

9.4 เมื่อเกิดความแปรปรวน แจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบและเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

9.5 ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยตามผลลัพธ์ที่คาดหวังในแผนการดูแล

9.6 ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล/ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เข้ามาปฏิบัติงานในเวรดัดไป

10. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (สมจิตและอรสา, 2553) ดังนี้

10.1 เป็นผู้นำในการนำผลการวิจัยที่เป็นปัจจุบันมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

10.2 สอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

10.3 เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสุขภาพ โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สร้างทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

10.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวและพึ่งพาตนเองได้เต็มศักยภาพ

10.5 การเป็นพี่เลี้ยงแก่ทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้และสมรรถนะของทีมสุขภาพ

10.6 เมื่อเกิดความแปรปรวน ร่วมประชุมปรึกษากับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

10.7 ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วย และแผนการประสานงานให้เหมาะสม

10.8 แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย

11. พยาบาลหน่วยช่วยหายใจมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (สุวัชรีย์, 2543)

- 11.1 ติดตามประเมินสภาพและดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และลงบันทึกในใบบันทึกการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - 11.2 ดูแลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ
 - 11.3 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - 11.4 สอนและให้คำแนะนำเรื่องการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
 - 11.5 เมื่อเกิดความแปรปรวนแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบ และเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข
12. ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
 - 12.1 ให้ข้อมูลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกาย สภาพด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วย และด้านสิทธิการรักษา
 - 12.2 ให้ข้อมูลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
 - 12.3 รายงานอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ
 - 12.4 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการตรวจสอบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - 12.5 มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการกำหนดแผนการดูแลรักษา
 - 12.6 ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง โดยการค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสามารถสร้างแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งอยู่ในคู่มือการจัดการรายกรณี ดังภาคผนวก ง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และ (2.2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย (1) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (2) คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (3) คู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บหลายระบบ (ภาคผนวก ง) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1.1 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ความหมายการจัดการรายกรณี กลุ่มเป้าหมาย กระบวนการจัดการรายกรณี องค์กรประกอบ และบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.2 แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) ประกอบด้วย รายละเอียดดังนี้ (1.2.1) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1.2.2) การประเมินสภาพ (1.2.3) การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (1.2.4) การส่งปรึกษา (1.2.5) การดูแลรักษา (1.2.6) สารน้ำทางหลอดเลือดดำ/ยา (1.2.7) อาหาร (1.2.8) กิจกรรม/การออกกำลังกาย (1.2.9) การให้ความรู้/ให้คำแนะนำ และ (1.2.10) การวางแผนจำหน่าย โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวม 14 วัน มีการดูแล 4 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม วันที่ 1 ระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย วันที่ 2-7 ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย วันที่ 8-12 ระยะจำหน่าย วันที่ 13-14

1.3 แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล เป็นแบบบันทึกปลายเปิด สำหรับบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การเกิดความแปรปรวน 3 ด้าน ได้แก่ ความแปรปรวนด้านระบบความแปรปรวนด้านผู้รับบริการ และความแปรปรวนด้านผู้ให้บริการ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำการบันทึกวิธีการแก้ไขความแปรปรวนและผลลัพธ์หลังจากแก้ไข

1.4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2. คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมจากมาตรฐานการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

3. คู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับผู้ดูแล และผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก จ) ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (4) แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (5) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล (6) แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแล และ (7) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของจิราพร (2544) สร้างโดยใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อการบริการของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson อ้างตามจิราพร, 2544) มีความพึงพอใจทั้งหมด 6 ด้าน รวม 28 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ตัดด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการออกเหลือ 5 ด้าน มีจำนวน 25 ข้อ โดยมีรายละเอียดในการดัดแปลงดังนี้

2.1 ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ จากเดิม 4 ข้อ และปรับเพิ่ม 2 ข้อ รวมเป็น 6 ข้อ

2.2 ด้านการประสานงานของการบริการ จากเดิม 4 ข้อตัดออก 1 ข้อ ปรับเพิ่ม 1 ข้อ รวมเป็น 4 ข้อ

2.3 ด้านอรรถยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ จากเดิม 3 ข้อ ปรับเพิ่ม 1 ข้อ รวมเป็น 4 ข้อ

2.4 ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ จากเดิม 7 ข้อ ตัดออก 3 ข้อ ปรับเพิ่ม 1 ข้อ รวมเป็น 5 ข้อ

2.5 ด้านคุณภาพของบริการ จากเดิม 5 ข้อ ตัดออก 2 ข้อ ปรับเพิ่ม 3 ข้อ และรวมเป็น 6 ข้อ

โดยมีลักษณะข้อคำถามแสดงความรู้สึกทางบวกทั้งหมดและเป็นข้อคำถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การกำหนดคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อยที่สุด

การแปลผล คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 25 ถึง 125 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมากกว่าคะแนนน้อย โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 13-14 หรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการที่ผู้วิจัยตัดด้านค่าใช้จ่ายออกเนื่องจากระบบสุขภาพในปัจจุบัน ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และเบิกค่ารักษา ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจึงไม่ต้องจ่ายรักษาพยาบาล ดังนั้นค่ารักษาพยาบาลจึงไม่ได้เป็นตัวแปรที่จะมีผลกับความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้วิจัยจึงตัดออก และตัดข้อคำถามออก 6 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและไม่สอดคล้องกับรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี จึงได้เพิ่มข้อคำถาม 8 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับการดูแลรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ที่สร้างโดยมาร์โฮนีและบาเทล (Mahoney & Barthel อ้างตามสถาบันประสาทวิทยา, 2550) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) เพื่อนำมาใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้มีการนำมาใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเกสร (2554) มีค่าความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ (1) การรับประทานอาหาร (2) การขึ้นลงจากเตียง (3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4) การเข้าห้องน้ำ (5) การอาบน้ำ (6) การเคลื่อนไหว

นั่ง ยืน เดิน (7) การขึ้นบันได (8) การแต่งตัว (9) การถ่ายอุจจาระ (10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0-15 คะแนน คะแนนเต็ม เท่ากับ 100 คะแนน เก็บข้อมูลโดยผู้ป่วยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เก็บข้อมูลในวันที่ 13-14 หรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การแปลผล คือ คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าคะแนนน้อย โดยมีการแปลผลคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

- 0 – 20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 21 – 45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 46 – 70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 71 – 90 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 91 – 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ใช้เป็นสากล และมีผู้นำมาใช้แล้วมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 (เกษร, 2554)

4. แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ประเมินจากจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงเวลา 24.00 น. ถ้าเกินเวลาที่กำหนดจะนับเป็นวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มอีก 1 วัน โดยเก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเพชร (2552) มีความพึงพอใจทั้งหมด 3 ด้าน ประกอบด้วย (5.1) ด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ (5.2) ด้านการทำงานของบุคลากร (5.3) ด้านอุปกรณ์มีจำนวน 18 ข้อ และผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนความพึงพอใจอีก 3 ด้าน ประกอบด้วย (5.4) ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการที่ได้รับ (5.5) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ และ (5.6) ด้านการดูแลให้รับบริการตามสิทธิ์ รวมเป็น 6 ด้าน มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีรายละเอียดในการดัดแปลงดังนี้

- 5.1 ด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ จากเดิม 5 ข้อ ตัดออก 4 ข้อ ปรับเพิ่ม 2 ข้อ รวมเป็น 3 ข้อ
- 5.2 ด้านการทำงานของบุคลากร คงข้อความเดิมไว้ทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ
- 5.3 ด้านอุปกรณ์ จากเดิม 8 ข้อ ตัดออก 5 ข้อ คงข้อความเดิมไว้จำนวน 3 ข้อ

5.4 ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ

5.5 ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ จำนวน 3 ข้อ

5.6 ด้านการดูแลให้รับบริการตามสิทธิ์ จำนวน 1 ข้อ

โดยมีลักษณะข้อคำถามแสดงความรู้สึกทางบวกทั้งหมด และเป็นข้อคำถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การกำหนดคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อยที่สุด

การแปลผล คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 25 ถึง 100 คะแนน คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมากกว่าคะแนนน้อย โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 13-14 หรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการที่ผู้วิจัยตัดข้อคำถามออก 9 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและไม่สอดคล้องกับรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี รวมทั้งไม่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่จะวัดด้านญาติผู้ดูแลที่จะเชื่อมโยงกันระหว่างความพึงพอใจและความสามารถของญาติผู้ดูแล จึงปรับเพิ่มความพึงพอใจอีก 3 ด้าน เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมกับการดูแลรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกันระหว่างเครื่องมือวัดความพึงพอใจและเครื่องมือวัดความสามารถของญาติผู้ดูแล

6. แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยตัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจอม (2540) มีทั้งหมด 9 ด้าน รวม 33 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ตัดออก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและพักส่วนตัว และด้านการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาคงเหลือ 6 ด้าน มีจำนวน 25 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดในการดัดแปลงดังนี้

6.1 ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ จากเดิม 6 กิจกรรม ตัดออก 3 กิจกรรม ปรับเพิ่ม 1 กิจกรรม รวมเป็น 4 กิจกรรม

6.2 ด้านการดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ จากเดิม 5 กิจกรรม ตัดออก 2 กิจกรรม ปรับเพิ่ม 2 กิจกรรม รวมเป็น 5 กิจกรรม

6.3 ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จากเดิม 3 กิจกรรม ตัดออก 2 กิจกรรม และปรับเพิ่ม 2 กิจกรรม รวมเป็น 3 กิจกรรม

6.4 ด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากเดิม 5 กิจกรรม ตัดออก 3 กิจกรรม ปรับเพิ่ม 5 กิจกรรม รวมเป็น 7 กิจกรรม

6.5 ด้านการดูแลนอนหลับพักผ่อน จากเดิม 2 กิจกรรม ตัดออก 2 กิจกรรม ปรับเพิ่ม 2 กิจกรรม รวมเป็น 2 กิจกรรม

6.6 ด้านการดูแลด้านการขับถ่าย จากเดิม 6 กิจกรรม ตัดออก 4 กิจกรรม และปรับเพิ่ม 2 กิจกรรม รวมเป็น 4 กิจกรรม

โดยแต่ละกิจกรรมแบ่งความสามารถออกเป็น 3 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 50 คะแนน และคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 7 ปี เป็นผู้ประเมิน โดยมีวิธีการประเมินโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลในวันที่ 13-14 หรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ภาคผนวก จ)

การให้คะแนน มีดังนี้

0 หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและไม่สามารถปฏิบัติตามการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

1 หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องบางส่วนและสามารถปฏิบัติตามการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้องบางส่วน

2 หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนและสามารถปฏิบัติตามการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน

การแปลผล คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 50 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคะแนนน้อย โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 13-14 หรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการที่ผู้วิจัยตัดความสามารถของญาติผู้ดูแลออก 3 ด้าน เนื่องจากกิจกรรมบางทั้ง 3 ด้านมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความซ้ำซ้อนกัน บางด้านไม่ตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการวัดความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และส่วนที่เหลืออีก 6 ด้าน ได้ตัดกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบออก

จำนวน 16 กิจกรรม รวมทั้งปรับเพิ่มอีก 14 กิจกรรม เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการวัดความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

7. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยคัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพของสมพร(2552)ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ประกอบด้วยความพึงพอใจทั้งหมด 6 ด้าน ผู้วิจัยตัดออก 1 ด้าน คือ ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เหลือ 5 ด้าน มีจำนวน 23 ข้อ ได้แก่ (7.1) ด้านคุณภาพของผลงาน (7.2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม (7.3) ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม (7.4) ด้านความต่อเนื่องของบริการ (7.5) ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดในการคัดแปลงดังนี้

7.1 ด้านคุณภาพของผลงาน จากเดิม 5 ข้อ ตัดออก 2 ข้อ และปรับเพิ่ม 5 ข้อ รวมเป็น 8 ข้อ

7.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมคงข้อคำถามเดิมไว้ทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ

7.3 ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม จากเดิม 1 ข้อ ปรับเพิ่ม 1 ข้อ รวมเป็น 2 ข้อ

7.4 ด้านความต่อเนื่องของบริการ จากเดิม 2 ข้อ ปรับเพิ่ม 2 ข้อ รวมเป็น 4 ข้อ

7.5 ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จากเดิม 2 ข้อ ปรับเพิ่ม 2 ข้อ รวมเป็น 4 ข้อ

โดยมีลักษณะข้อคำถามแสดงความรู้สึกทางบวกทั้งหมดและเป็นข้อคำถาม

ปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การกำหนดคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมาก

คะแนน 3 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีสิ่งที่ไม่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อยที่สุด

การแปลผล คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 25 ถึง 115 คะแนน คะแนนมากหมายถึงทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับสิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมากกว่าคะแนนน้อย โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 13-14 หรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการที่ผู้วิจัยตัดด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพออก เหลือ 5 ด้าน เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพทุกสาขาย่อมมีอิสระในการทำงานในบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งมีความก้าวหน้าตามบทบาทวิชาชีพของตนอยู่แล้ว และตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องและไม่สอดคล้องกับรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีออก 2 ข้อ และปรับเพิ่ม 10 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมและมีความสอดคล้องที่เฉพาะเจาะจงกับรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัยที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย (1.1) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (1.2) แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (1.3) แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล (1.4) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (1.5) คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (1.6) คู่มือป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (1.7) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (1.8) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (1.9) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล (1.10) แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล และ (1.11) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) (Polit & Beck อ้างตามสุจิตรา, 2550) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

1.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .66 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบใหม่อีกครั้ง แล้วนำมาคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหาใหม่ได้ เท่ากับ 1.0

1.2 แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.3 แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.5 คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.6 คู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.7 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .96 ไม่ได้แก้ไข

1.8 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.9 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .96 ไม่ได้แก้ไข

1.10 แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

1.11 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยของผู้ป่วยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

2.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล โดยวิธีการหาความเที่ยงแบบสังเกตความเท่าเทียมกัน (inter-rater reliability) โดยผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 7 ปี ประเมินโดยนำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ได้ค่าความเที่ยงในการสังเกต เท่ากับ .84

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสาขาวิชาชีพนำไปทดลองใช้กับบุคลากร ทีมสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีที่ได้รับการปรับปรุง ไปศึกษานำร่องด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยให้ดูแลรักษาตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (clinical pathway) ซึ่งทีมสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการปฏิบัติตามแนวทางในแผนการดูแล มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงทุกวันอังคาร เวลา 12.30น. ขณะตรวจเยี่ยมพบว่าทีมสาขาวิชาชีพมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตามแผน แต่ในบางสาขายังไม่เข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ และขั้นตอนของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยจึงได้อธิบายและทำความเข้าใจเป็นรายบุคคล รวมทั้งการใช้คู่มือการจัดการรายกรณีที่ได้แจกให้แก่ทีมสาขาไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อทีมสาขาวิชาชีพมีความเข้าใจจึงนำมาปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

หลังจากนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีไปใช้พบว่า ได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ด้านญาติผู้ดูแล และด้านทีมสาขาวิชาชีพ โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทุกวัน ซึ่งประเมินจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยปฏิบัติในแต่ละวัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมได้ด้วยตัวเอง ส่วนการรับประทานอาหาร การขึ้นลงจากเตียง การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว และการเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การขึ้นบันได การถ่ายอุจจาระต้องมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย ส่วนการปัสสาวะต้องให้ญาติผู้ดูแลช่วยสวนแบบสะอาดวันละ 4 ครั้ง และพบว่าญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและครบถ้วน และสามารถปฏิบัติตามการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน 5 ด้าน คือ (1) การดูแลด้านการให้อาหารและน้ำ (2) การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล (3) การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (4) การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน และ (5) การดูแลด้านการขับถ่าย ส่วนด้านการดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ ญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามการดูแลได้ถูกต้องบางส่วน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเข้าไปให้ความรู้ โดยการสอนและฝึกทักษะให้ญาติผู้ดูแลจนสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วย และสามารถปฏิบัติตามการดูแลได้ถูกต้องครบถ้วน ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 13 วัน

จากการผลศึกษานำร่องผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุง ดังนี้ โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการ (1) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อชี้แจงขั้นตอน กระบวนการ ของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณี (2) จัดตารางเวลาสำหรับการให้ความรู้ โดยการสอนและฝึกทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย และการดูแลกิจกรรมประจำวันรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ญาติผู้ดูแล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยเริ่มจากขั้นตอนการแนะนำตนเอง บอกชื่องานวิจัยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับในการบันทึกข้อมูล โดยจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการใช้รหัสแทนชื่อผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองผู้วิจัยคาดว่าจะมีความเสี่ยงต่ำและจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง หากเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลในเบื้องต้น และหากเกินความสามารถของผู้วิจัยในการให้การดูแลรักษาในเบื้องต้นได้ ผู้วิจัยจะส่งกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการดูแลรักษาจากพยาบาลและแพทย์ต่อไป โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการปฏิเสธดังกล่าวไม่มีผลต่อการรักษาหรือการได้รับบริการทางการแพทย์และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ในขณะที่ดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อตามต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง (ภาคผนวก ก) สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการพิทักษ์สิทธิเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และจะได้รับคู่มือป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ภายหลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น(ภาคผนวก ง) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมีรหัสโครงการ: REC: 58-033-19-9 (ภาคผนวก ฉ)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยค้นหาผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการทำงาน 7 ปี และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยสำเร็จการศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ มาทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย มาเทียบกันพบว่า ข้อ 17 การดูแลผิวหนัง ข้อ 19 การป้องกันข้อติดแข็ง และข้อ 24 การประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติ ไม่เท่ากัน ผู้วิจัยพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยจนมีความเข้าใจตรงกัน และเก็บข้อมูลใหม่กับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 5 ราย นำผลมาเทียบกันจนได้เท่ากัน

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลังผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลรหัสโครงการ: REC: 58-033-19-9 (ภาคผนวก ฉ) และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย

3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อขอความร่วมมือและขอความช่วยเหลือในการทำวิจัย โดยหัวหน้าพยาบาลแนะนำกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ให้แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยหลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 20 รายก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมทั้งหมด 2 ครั้ง ดังแสดงใน (ภาพ 5)

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ที่เขามารับการรักษา

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากนั้นวันที่ 2-12 ให้การพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 2 วันที่ 13-14 ของการดูแล หรือวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากดำเนินการในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้ว โดยดำเนินการในกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มทดลองทุกวันตั้งแต่แรกรับเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือจนครบ 14 วัน โดยมีแผนการดูแลตามขั้นตอน 4 ระยะ ดังแสดงใน (ภาพ 6)

ระยะแรกรับ: วันที่ 1

ในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยดังนี้

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ซึ่งแจ้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้วินิจฉัยโรคและให้การดูแลรักษา นักวิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการตรวจร่างกายอย่างละเอียด (secondary survey และ tertiary survey) เพื่อค้นหาและประเมินปัญหาของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งอาการสำคัญ และสาเหตุของการเข้ามารับการรักษา ข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจัดการกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การติดตามผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ กุญแจเบียบของหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล อุปกรณ์รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย การใช้สิทธิ์และการติดต่อสิทธิ์การรักษา การเซ็นต์ใบยินยอมรับการรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรครวมทั้งแผนการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การงดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำ การเจาะเลือด และการส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ เป็นต้น

ระยะดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย: วันที่ 2-7

ในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง คือ การเยี่ยมตรวจช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน การเยี่ยมตรวจพร้อมแพทย์เจ้าของไข้ และการเยี่ยมตรวจช่วงบ่าย

ครั้งที่ 1 การเยี่ยมตรวจช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย กล่าวทักทายสอบถามอาการทั่วไป และประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลให้การช่วยเหลือจัดการกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ดูแลสิ่งแวดล้อม ความเรียบร้อยของผู้ป่วยทั่วไป

ครั้งที่ 2 การเยี่ยมตรวจพร้อมแพทย์เจ้าของไข้ โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและตามแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมประชุมปรึกษาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาของผู้ป่วย จากการค้นหาปัญหาและการประเมินสภาพเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยซ้ำในช่วงบ่าย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือทั่วไป และให้การช่วยเหลือจัดการกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งระบุปัญหา ความต้องการการดูแล และการรับคำแนะนำ ของผู้ป่วยรวมทั้งญาติผู้ดูแลว่ามีความต้องการการดูแลหรือต้องการรับคำแนะนำในด้านใด พร้อมทั้งวางแผนการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลจะได้รับความรู้ ด้วยการสอนและฝึกทักษะในเรื่องการดูแลให้อาหารและน้ำ การดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและข้อติดแข็ง เป็นต้น การดูแลการนอนหลับพักผ่อน และการดูแลการขับถ่าย รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยให้มีการสาธิตย้อนกลับ

2. การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ วันอังคาร เวลา 12.30-13.00 น. ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน แพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1-2 คน แพทย์ศัลยกรรมประสาท 1-2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1-2 คน เภสัชกร 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย 1-2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5-6 คน พยาบาลหน่วยดูแลระบบหายใจ 1-2 คน โดยมีผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งมีนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยร่วมประชุมปรึกษาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย: วันที่ 8-12

ในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง คือ การเยี่ยมตรวจช่วงเช้ามืดก่อนปฏิบัติงาน การเยี่ยมตรวจพร้อมแพทย์เจ้าของไข้ และการเยี่ยมตรวจช่วงบ่าย

ครั้งที่ 1 การเยี่ยมตรวจช่วงเช้ามืดก่อนปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย กล่าวทักทายสอบถามอาการทั่วไป และประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลช่วยเหลือจัดการกับปัญหา ดูแลสิ่งแวดล้อม ความเรียบร้อยของผู้ป่วยทั่วไป

ครั้งที่ 2 การเยี่ยมชมตรวจพร้อมแพทย์เจ้าของไข้ โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและตามแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมประชุมปรึกษาเกี่ยวกับแผนการรักษาตามปัญหาที่ได้จากการประเมินความพร้อมและความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ความต้องการการดูแลหรือการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในช่วงบ่ายระยะดูแลต่อเนื่อง

ครั้งที่ 3 การเยี่ยมชมตรวจช่วงบ่าย ผู้วิจัยให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินมา โดยการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลจะได้รับความรู้ ด้วยการสอนและฝึกทักษะในเรื่องการดูแลให้อาหารและน้ำ การดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและข้อติดแข็ง การดูแลการนอนหลับพักผ่อน รวมทั้งการดูแลการขับถ่าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยให้มีการสาธิตย้อนกลับ

2. การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพวันอังคาร เวลา 12.30-13.00 น. ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน แพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1-2 คน แพทย์ศัลยกรรมประสาท 1-2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1-2 คน เภสัชกร 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย 1-2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5-6 คน พยาบาลหน่วยดูแลระบบหายใจ 1-2 คน โดยมีผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมและมีนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยร่วมประชุมปรึกษาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย นักวิจัยเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเขียนใบรับรองความพิการ ประสานงานให้นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดสอนและฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์การรักษาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้

ระยะจำหน่ายวันที่: 13-14

ในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง คือ การเยี่ยมตรวจช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน การเยี่ยมตรวจพร้อมแพทย์เจ้าของไข้ และการเยี่ยมตรวจช่วงบ่าย

ครั้งที่ 1 การเยี่ยมตรวจช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย กล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไป ให้การช่วยเหลือ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมและความเรียบร้อยของผู้ป่วยทั่วไป

ครั้งที่ 2 การเยี่ยมตรวจพร้อมแพทย์เจ้าของไข้ ร่วมประชุมปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแล หรือการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการดูแลทำกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลเพิ่มเติม รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงปัญหาที่ได้จากการดูแลในช่วงฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยตรวจสอบ ทบทวนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและแผนการรักษา โดยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่าสุขภาพดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้และการยอมรับต่อการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ครั้งที่ 3 การเยี่ยมตรวจช่วงบ่าย โดยผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ป่วย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล และประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนผู้ป่วย กลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนครบ 20 ราย

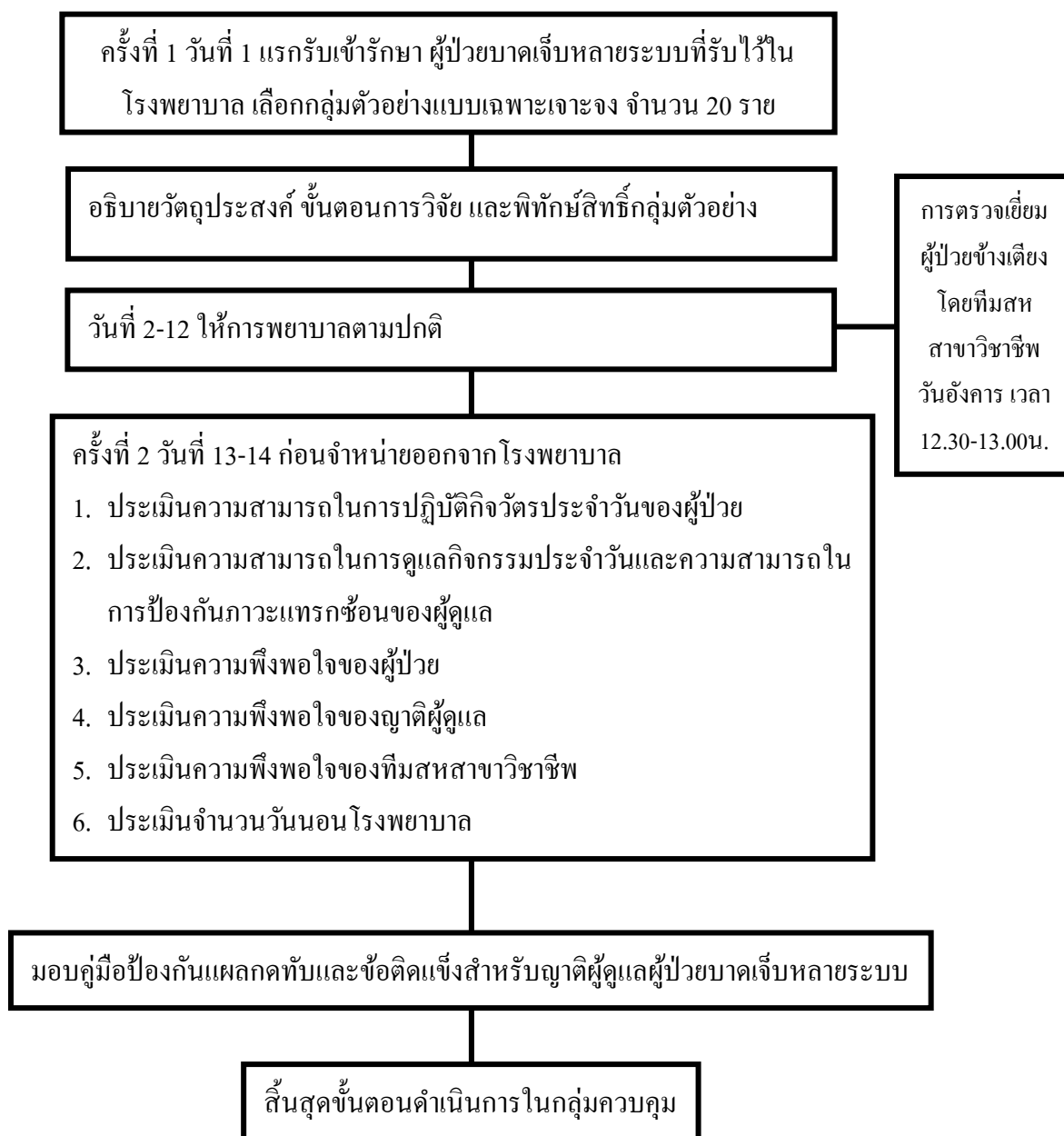
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดหาค่าสถิติดังนี้

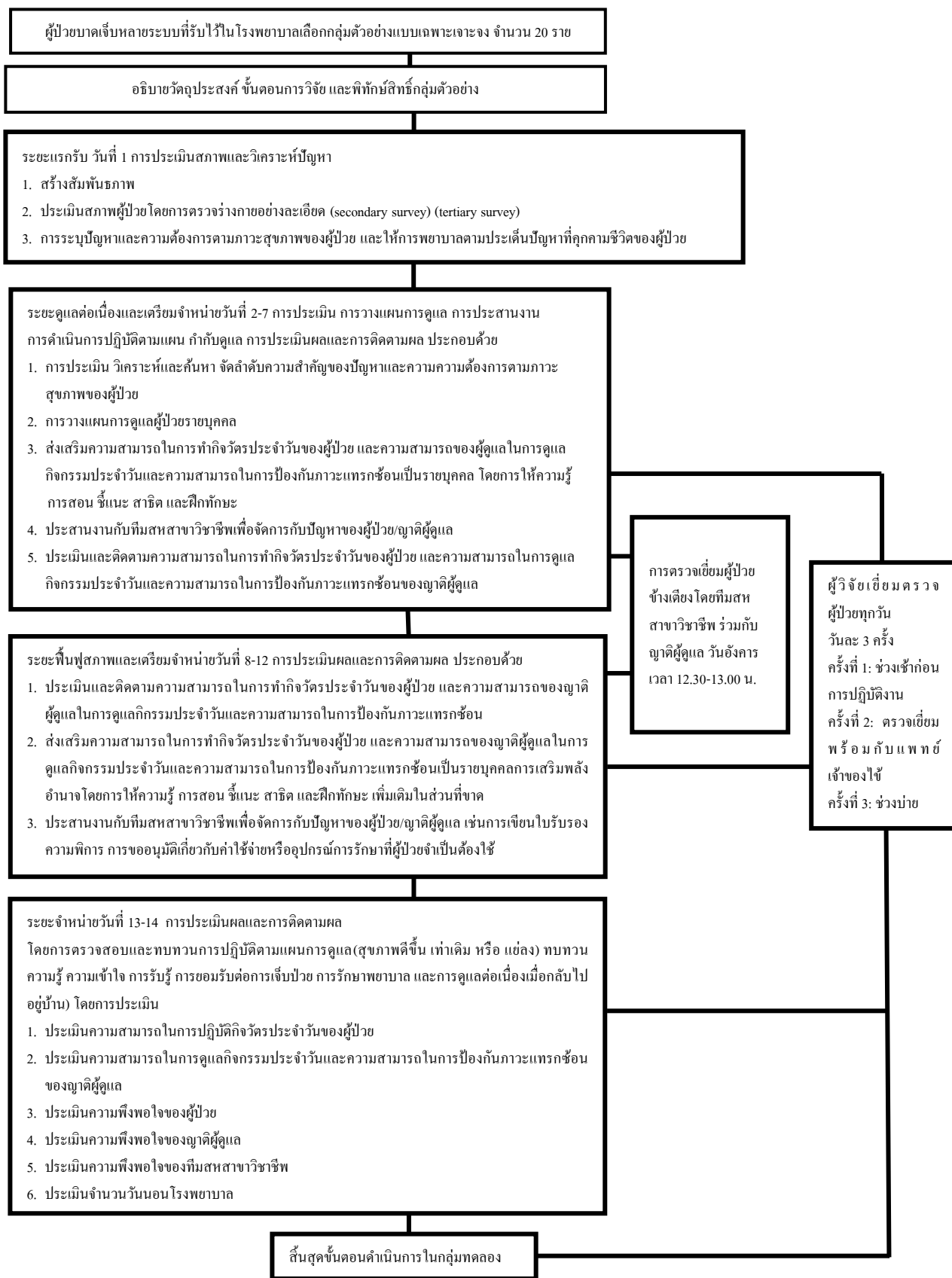
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นอันดับและอัตราส่วน ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยข้อมูลที่ระดับการวัดเป็นนามบัญญัติใช้ด้วยสถิติอ้างอิง สถิติไค-สแควร์ (Pearson's Chi-Square) ฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์ เทสต์ (Fisher's Exact test) และเยส คอลเลคชั่น (Yate's Correction) ตามเงื่อนไขของข้อตกลงเบื้องต้นของแต่ละสถิติ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นอันดับและอัตราส่วนใช้สถิติอ้างอิง ทีอิสระ (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่ารักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ ทีอิสระ (Independent t-test) เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ คือ การแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ และความแปรปรวนของตัวแปรภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (ภาคผนวก จ) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test) เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ คือ ตัวแปรทั้ง 2 ด้าน มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และความแปรปรวนของตัวแปรภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน (ภาคผนวก จ) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05



ภาพ 5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม



ภาพ 6. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 40 ราย ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มละ 20 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอรายงานผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2.2 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวัน และความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2.3 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2.4 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

3.1 ความแปรปรวน

3.2 ความเพียงพอของรายได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3.3 ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบทั้งกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 70) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.35 ปี (SD= 16.46) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.65 ปี (SD= 17.89) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60) ร้อยละ 45 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 75) ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ ประกอบด้วยอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน เกษตรกร ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 95) และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 85) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีรายได้ระหว่าง 5,000-15,000 บาท/เดือน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 1 และตาราง 2

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในกลุ่มควบคุมมีการบาดเจ็บของกระดูกแขน ขา และกระดูกสันหลังร่วมด้วย ร้อยละ 75 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุมมีการบาดเจ็บสมองร่วมด้วย ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองมีการบาดเจ็บสมองร่วมด้วย ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บเฉลี่ย 29.05 คะแนน (SD = 5.62) ส่วนในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บเฉลี่ย 29.40 คะแนน (SD= 6.34) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพียง ร้อยละ 15 ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 1 และตาราง 2 ยกเว้นกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บสมอง ($n=20$, ร้อยละ 100) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($n=8$, ร้อยละ 40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตาราง 1

เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n=20) จำนวน (ร้อยละ)	(n=20) จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.00 ^a	.50
ชาย	14 (70)	14 (70)		
หญิง	6 (30)	6 (30)		
สถานภาพ			2.36 ^b	.17
โสด	5 (25)	8 (40)		
หม้าย/หย่า/แยก	2 (10)	0 (0)		
สมรส	13 (65)	12 (60)		
ระดับการศึกษา			0.37 ^b	.50
ประถมศึกษา	9 (45)	9 (45)		
มัธยมศึกษา	8 (40)	9 (45)		
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา/ ปริญญาตรี	3 (15)	2 (10)		
ศาสนา			0.69 ^c	.21
พุทธ	18 (90)	15 (75)		
อิสลาม	2 (10)	5 (25)		
อาชีพ			3.65 ^b	.12
อาชีพที่มีรายได้ประจำ	1(5)	0 (0)		
อาชีพที่ไม่มีรายได้ ประจำ	19 (95)	17 (85)		
นักเรียน	0 (0)	3 (15)		
รายได้ครอบครัว			0.68 ^b	.50
>5,000 -15,000	16 (80)	16 (80)		
15,001- >20,000	3 (15)	2 (10)		
ไม่มีรายได้	1 (5)	2 (10)		

หมายเหตุ ^a Pearson's Chi-Square, ^b Fisher's Exact test, ^c Yate's Correction

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n=20) จำนวน (ร้อยละ)	(n=20) จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว			0.00 ^c	1.00
ไม่มี	16 (80)	16 (80)		
มี	4 (20)	4 (20)		
โรคประจำตัวที่เป็น ⁺⁺				
โรคความดันโลหิตสูง	3 (15)	3 (15)	0.00 ^c	1.00
โรคเบาหวาน	0 (0)	2 (10)	0.53 ^c	.47
โรคไทรอยด์	1 (5)	0 (0)	0.00 ^c	1.00
โรคเก๊า	1 (5)	0 (0)	0.00 ^c	1.00
โรคจิตเวช	0 (0)	1 (5)	0.00 ^c	1.00
กลุ่มของการบาดเจ็บ				
บาดเจ็บสมอง รวมด้วย	8 (40)	20 (100)	17.14 ^a	.001
บาดเจ็บกระดูก แขนขา กระดูก สันหลังรวมด้วย	15 (75)	20 (100)	3.66 ^c	.06

หมายเหตุ ^a Pearson's Chi-Square, ^c Yate's Correction

⁺⁺ ผู้ป่วย 1 ราย มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตาราง 2

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุของผู้ป่วย และคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 40$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t-test	p- value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
อายุ (ปี)	45.35 (16.46)	42.65 (17.89)	.50	.62
คะแนนความ รุนแรงของการ บาดเจ็บ (ISS)	29.05 (5.62)	29.40 (6.34)	-.19	.86

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 70) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 70) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เท่ากับ 39.65 ปี ($SD = 15.09$) และกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย เท่ากับ 39.60 ปี ($SD = 15.07$) กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50) มีสถานภาพสมรส เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 70) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ ประกอบด้วยอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน เกษตรกร ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป มีรายได้ระหว่าง 5,000-15,000 บาท/เดือน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นภรรยา/สามี/บุตร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันยกเว้นสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ดังแสดงในตาราง 3 และตาราง 4

ตาราง 3

เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 40$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.00 ^a	.50
ชาย	6 (30)	6 (30)		
หญิง	14 (70)	14 (70)		

หมายเหตุ ^a Pearson 's Chi-Square, ^b Fisher 's Exact test, ^c Yate 's Correction

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)		
สถานภาพ			7.14 ^b	.02
โสด	4 (20)	6 (30)		
หม้าย/หย่า/แยก	6 (30)	0 (0)		
สมรส	10 (50)	14 (70)		
ระดับการศึกษา			4.02 ^b	.80
ประถมศึกษา	11 (55)	5 (25)		
มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	6 (30)	8 (40)		
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญา ตรี	3 (15)	7 (35)		
ศาสนา			0.69 ^c	.20
พุทธ	18 (90)	15 (75)		
อิสลาม	2 (10)	5 (25)		
อาชีพ			0.20 ^c	.33
อาชีพที่มีรายได้ ประจำ	2 (10)	4 (20)		
อาชีพที่ไม่มีรายได้ ประจำ	18 (90)	16 (80)		
รายได้ครอบครัว			5.27 ^b	.07
<5,000 -15,000	17 (85)	12 (60)		
15,001 ->20,000	2 (10)	8 (40)		
ไม่มีรายได้	1 (5)	0 (0)		

หมายเหตุ ^a Pearson 's Chi-Square, ^b Fisher 's Exact test, ^c Yate 's Correction

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว			3.66 ^c	.06
ไม่มี	15 (75)	20 (100)		
มี	5 (25)	0 (0)		
โรคประจำตัวที่เป็น ⁺⁺				
โรคความดัน	4 (20)	0 (0)	2.50 ^c	.11
โลหิตสูง				
โรคเบาหวาน	2 (10)	0 (0)	0.53 ^c	.47
ความสัมพันธ์กับ			0.72 ^b	.83
ผู้ป่วย				
แม่/พ่อ	5 (25)	3 (15)		
ภรรยา/สามี/ บุตร	11 (55)	12 (60)		
พี่น้อง/ญาติ	4 (20)	5 (25)		

หมายเหตุ ^a Pearson's Chi-Square, ^b Fisher's Exact test, ^c Yate's Correction

⁺⁺ ญาติผู้ดูแล 1 รายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตาราง 4

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t-test	p-value
	(n = 20) M (SD)	(n = 20) M (SD)		
อายุ (ปี)	39.65 (15.09)	39.60 (15.07)	.01	.99

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด เกษัชกร หน่วยดูแลระบบหายใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 34.50 ปี (SD = 6.99) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 36.95 ปี (SD = 6.74) กลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.60 ปี (SD=7.71) กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.40 ปี (SD=7.36) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั้งสองกลุ่มในด้าน เพศ อายุ บทบาทหน้าที่ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 5 และตาราง 6

ตาราง 5

เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 40$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม	ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.00 ^a	1.00
ชาย	5 (25)	5 (25)		
หญิง	15 (75)	15 (75)		
ระดับการศึกษา			0.07 ^b	.91
ปริญญาตรี	12 (60)	10 (50)		
ปริญญาโท	4 (20)	4 (20)		
ปริญญาเอก	4 (20)	6 (30)		

หมายเหตุ ^a Pearson's Chi-Square, ^b Fisher's Exact test, ^c Yate's Correction

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม	ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
บทบาทหน้าที่			0.36 ^b	1.00
ทีมดูแลรักษา (แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง เภสัชกร หน่วย ดูแลระบบหายใจ)	12 (60)	13 (65)		
ทีมฟื้นฟูสภาพ (นักกายภาพบำบัด)	5 (25)	5 (25)		
นักสังคมสงเคราะห์	3 (15)	2 (10)		

หมายเหตุ ^a Pearson's Chi-Square, ^b Fisher's Exact test, ^c Yate's Correction

ตาราง 6

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุของทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสบการณ์ในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ ทีอิสระ (N = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม	ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง	Independent t-test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	M (SD)	M (SD)		
อายุ (ปี)	34.50 (6.99)	36.95 (6.74)	-1.13	.27
ประสบการณ์ใน การปฏิบัติงาน (ปี)	10.60 (7.71)	12.40 (7.36)	-0.76	.46

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.1 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 98.00 (SD = 2.51) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 43.50 (SD = 31.21) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ ทีอิสระ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{38} = -7.79, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ ทีอิสระ (N = 40)

	กลุ่มควบคุม (n = 20)	กลุ่มทดลอง (n = 20)	Independent t-test	p-value
	M (SD)	M (SD)		
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย	43.50 (31.21)	98.00 (2.51)	-7.79	<.001

หมายเหตุ: df = 38

ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.2 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวัน และความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2.2.1 ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันโดยรวม พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันโดยรวม เท่ากับ 21.65 (SD=11.55) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันโดยรวม เท่ากับ 46.90 (SD=1.68) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่ม

ด้วยสถิติ ทีอัสระ พบว่าความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันทั้งโดยรวม และรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอัสระ ($N = 40$)

ความสามารถของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t-test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>		
1. ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ	4.45 (2.58)	8.00 (0.00)	-6.14	<.001
2. ด้านการดูแลทางเดินหายใจ/ การดูดเสมหะ	3.45 (2.50)	9.75 (0.44)	-11.09	<.001
3. ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	4.10 (2.02)	6.00 (0.00)	-4.20	<.001
4. ด้านการดูแลการนอนหลับ พักผ่อน	2.25 (1.12)	3.65 (0.49)	-5.13	<.001
5. ด้านการดูแลการขับถ่าย	1.55 (0.94)	5.60 (1.53)	-10.05	<.001
ความสามารถของผู้ดูแลในการทำ กิจกรรมประจำวันโดยรวม	21.65 (11.55)	46.90 (1.68)	-9.67	<.001

หมายเหตุ: $df = 38$

2.2.2 ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอันดับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 30.45 (IQR = 0.00) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับความสามารถของญาติผู้ดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 10.55 (IQR = 6.75) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอันดับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ แมนวิทนี่ ยู (Mann-Whitney U Test) พบว่าค่าเฉลี่ยของอันดับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.65, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range [IQR]) ความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู ($N = 40$)

ความสามารถของ ญาติผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	Mean Rank (IQR)	Mean Rank (IQR)		
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	10.55 (6.75)	30.45 (0.00)	-5.65	<.001

หมายเหตุ IQR= Interquartile Range

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2.3 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอันดับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เท่ากับ 13.68 วัน (IQR=6) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 27.33 วัน (IQR=0) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอันดับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ แมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test) พบว่าค่าเฉลี่ยของอันดับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.25, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range [IQR]) ของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู ($N = 40$)

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	Mean Rank (IQR)	Mean Rank (IQR)		
จำนวนวันนอน โรงพยาบาล (วัน)	27.33 (0)	13.68 (6)	-4.25	<.001

หมายเหตุ IQR = Interquartile Range

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.4 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2.4.1 ในการวิเคราะห์ความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้สถิติ ทีโอิสระ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

เปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ ทีโอิสระ ($N = 40$)

ความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>		
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	108.55 (13.26)	119.80 (5.43)	-3.51	.001
ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ	87.75 (16.06)	109.35 (6.79)	-5.54	<.001

หมายเหตุ: df = 38

2.4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอันดับความพึงพอใจตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล เท่ากับ 26.90 คะแนน (IQR = 3.75) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับความพึงพอใจตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเท่ากับ 14.10 คะแนน (IQR=17) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอันดับความพึงพอใจตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ แมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test) พบว่าค่าเฉลี่ยของอันดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.18, p = .001$) ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range [IQR]) ของ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติแมนวิทนี่ ยู ($N = 40$)

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	Mean Rank (IQR)	Mean Rank (IQR)		
ความพึงพอใจของ ญาติผู้ดูแล	14.10 (17)	26.90 (3.75)	-3.18	.001

หมายเหตุ IQR= Interquartile Range

2.4.3 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .12$) (ภาคผนวก ช)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

3.1 ความแปรปรวน

การวิเคราะห์ผลความแปรปรวนภายใน 14 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองเกิดความแปรปรวน (ร้อยละ 0) ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดความแปรปรวน ร้อยละ 45 โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก (1) ด้านผู้ป่วย (ร้อยละ 88.99) ได้แก่ การเกิดแผลติดเชื้อ (ร้อยละ 75) การเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 25) และการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ (2) ด้านระบบงาน (ร้อยละ 11.11) ได้แก่ การเลื่อนผ่าตัด (ร้อยละ 100) เมื่อนำข้อมูลสัดส่วน การเกิดความแปรปรวน และสัดส่วนสาเหตุความแปรปรวน ของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13

เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ การเกิดความแปรปรวน สาเหตุความแปรปรวน และความแปรปรวน ที่พบใน 14 วัน ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 40)

ข้อมูลความแปรปรวน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20) จำนวน(ร้อยละ)	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)		
ความแปรปรวน			9.18 ^c	.002
ไม่เกิด	11 (55)	20 (100)		
เกิด	9 (45)	0 (0)		
สาเหตุ ⁺⁺			12.06 ^b	.001
ด้านผู้ป่วย/ครอบครัว	8 (88.99)	0 (0)		
แพลติกเชื้อ	6 (75)	0 (0)		
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	2 (25)	0 (0)		
หลอดเลือดดำ				
แผลกดทับ	1 (12.5)	0 (0)		
ด้านระบบงาน/ระเบียบ	1 (11.11)	0 (0)		
โรงพยาบาล				
เลื่อนผ่าตัด	1 (100)	0 (0)		
ด้านผู้ให้บริการ	0 (0)	0 (0)		

หมาย^b Fisher's Exact test, ^c Yate's Correction

⁺⁺ ผู้ป่วย 1 ราย เกิดความแปรปรวนได้มากกว่า 1 ความแปรปรวน

3.2 ความเพียงพอของรายได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

ความเพียงพอของรายได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับรู้ ว่ารายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 65) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับรู้ว่ารายได้เพียงพอ (ร้อยละ 80) เช่นเดียวกับการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ในญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่รับรู้ว่ารายได้ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 75) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับรู้ว่ารายได้เพียงพอ (ร้อยละ 75) เมื่อเปรียบเทียบ ความเพียงพอของรายได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14

เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ความเพียงพอของรายได้ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 40$)

ความเพียงพอของรายได้	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Test Statistic	p-value
	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 20) จำนวน (ร้อยละ)		
ตามการรับรู้ของผู้ป่วย			6.47 ^a	.01
เพียงพอ	7 (35)	15 (80)		
ไม่เพียงพอ	13 (65)	5 (25)		
ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล			10.00 ^a	.002
เพียงพอ	5 (25)	15 (75)		
ไม่เพียงพอ	15 (75)	5 (25)		

หมายเหตุ ^a Pearson's Chi-Square

3.3 ค่ารักษาพยาบาล

ประเมินจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นตัวเงิน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายโดยตรง และคงที่โดยไม่คิดค่าแรงของผู้ให้บริการ และเป็นค่าใช้จ่ายที่ถือตามใบสรุปค่ารักษาพยาบาลในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือวันที่ 14 ของการนอนโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 189,958.05 บาท (SD=114,676.89) ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 131,766.85 บาท (SD=56,645.55) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล ด้วยสถิติ ทีอิสระ พบว่าค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{38} = 2.04, p = .02$) ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ ทีอิสระ ($N = 40$)

ค่ารักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t-test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	189,958.05 (114,676.89)	131,766.8 (56,645.55)	2.04	.02

หมายเหตุ: $df = 38$

การอภิปรายผล

เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่าความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ ในการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมีการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการของการจัดการรายกรณี และแจกคู่มือการจัดการรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพล่วงหน้า ในกรณีที่ไม่เข้าใจผู้วิจัยชี้แจงละเอียดเป็นรายบุคคล ทำให้สามารถดำเนินการตามกระบวนการวิจัยได้อย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพไว้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการกำหนดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

ประกอบกับการมีคู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เกิดความรู้และ เกิดทักษะมีความมั่นใจในการปฏิบัติ รวมทั้งการให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งญาติจะช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจ รวมทั้ง กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงบันดาลใจช่วยผลักดันให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการ ดูแลกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเนื่องจากญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ และให้กำลังใจผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วย รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งการให้ ความรู้ ด้วยการสอนและฝึกทักษะ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแจกคู่มือการปฏิบัติทำ ให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีทักษะสามารถปฏิบัติได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง รับรู้ว่าคุณภาพ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร (2556) ที่พบว่า การกำหนดเป้าหมายและ ผลลัพธ์ที่คาดหวังร่วมกับผู้ป่วยและการแจกคู่มือ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญมีคุณค่า และมีความสามารถ ทำให้เกิดแรงจูงใจช่วยผลักดันให้ผู้ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถปฏิบัติจนบรรลุ ตามเป้าหมายที่วางไว้

นอกจากนี้นักวิจัยที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็น รายบุคคล โดยเฉพาะการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย รวมทั้ง ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง คือ ก่อนปฏิบัติงาน ตรวจเยี่ยมพร้อมกับแพทย์ ตรวจเยี่ยมช่วงบ่าย ซึ่งเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจจากผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิด ความเชื่อมั่นในการดูแลซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีสามารถ เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เกษร, 2554) รวมทั้งการนำรูปแบบ การจัดการรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการดูแลตนเอง (ภัทพรและคณะ, 2554; รังสิมา, ขวัญใจ, สิรินทร, สิริประภา, และพัชรราพร, 2558; อุษา, 2555; Chow & Wong, 2014; Latour et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมในการ จำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายตั้งแต่ แรกเริ่มเข้ารับการรักษา และมีการเตรียมอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการดูแล ทำให้ผู้ป่วยเกิด

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลให้ความสามารถของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิมล (2555) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายส่งผลให้ผู้พยาบาลเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย มีความรู้ มีความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติ ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า อายุและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย คือ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าวัยเด็กและวัยสูงอายุ (Orem อ้างตามครุณี, 2543) และพบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงจะส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแอและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลงซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงตามมาด้วย (Truong, Fan, Brower, & Needham, 2009) แต่ในการศึกษานี้พบว่าไม่มีความแตกต่างของอายุ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) โดยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และมีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงมาก รวมทั้งกลุ่มทดลองมีการบาดเจ็บสมองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม จึงสามารถสรุปได้ว่าความสามารถของกลุ่มทดลองที่มากกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องมาจากการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแล และผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในทุกช่วงของการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการตรวจเยี่ยมข้างเตียงสัปดาห์ละครั้ง และนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดการประสานงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น ไม่เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและตรงประเด็น ประกอบกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่กำกับดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งติดตามและประเมินผล

การดูแลทุกวันโดยใช้แบบบันทึกความแปรปรวน เมื่อพบความแปรปรวนสามารถจัดการได้อย่างทันท่วงที และแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ โดยในกลุ่มทดลองสามารถจัดการความแปรปรวนออกไปได้ทั้งหมด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความแปรปรวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลองไม่เกิดความแปรปรวน ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดความแปรปรวน ประกอบด้วยแผลติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ แผลกดทับ และการเลื่อนผ่าตัด

รวมทั้งมีคู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในกลุ่มทดลอง ทำให้ผู้ป่วยพ้นหายจากการบาดเจ็บได้อย่างรวดเร็วตามระยะเวลาที่ได้กำหนด และมีการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ส่งผลให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 13.68 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 27.33 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน (กัญญาณัฐ, เปรมฤทัย, และบุญทิพย์, 2557; จิราพร, 2544; จิราภรณ์, 2543; นิตยา, 2551; บุศรา, 2552; ประภาพร, 2554; พิไลวรรณ และคณะ, 2553; วิภาดา, 2555; สุวนิตย์, 2554) และในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง (ภักพร และคณะ, 2554; รัตนา, 2554; วรรณิ, 2552; วลัยและอนัญญา, 2552; Kim & Soeken, 2005; Latour et al., 2007) ที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลง 2-15 วัน จากการลดลงของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลโดยตรงให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง จึงส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง ก็จะช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการบริการที่มีคุณภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้คุ้มทุนมากที่สุด (ศิริอรและพิเชต, 2556)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

โดยเฉพาะด้านคุณภาพของบริการและด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการดำเนินการร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบายในการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม คือ ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตั้งแต่แรกที่เข้ามายังหอผู้ป่วย รวมทั้งหอผู้ป่วยมีการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันไว้ให้เพียงพอผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี รวมทั้งมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมมาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ และตามความต้องการที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทำให้สามารถพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้ตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (นิตยา, 2551; Latouret et al., 2007) รวมทั้งในผู้ป่วยที่ปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ได้รับการดูแล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน (กรรณิกา, 2544; จิราพร, 2544; พิไลวรรณและคณะ, 2553; เพทาย, 2553; สมพร, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ด้วยพยาธิสภาพของการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยมีระดับรู้สึกลัวลดลง หรือสับสน รวมทั้งเกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด ทำให้การให้คำแนะนำแรกเริ่มเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยและของโรงพยาบาล การเตรียมอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ และแผนการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพจะให้คำแนะนำและให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลแทนการแนะนำผู้ป่วยในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่ได้รับการแนะนำรวมทั้งไม่ได้รับข้อมูล ซึ่งอาจจะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่าความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมากกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ที่มีผู้วิจัยเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทำหน้าที่ให้ความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับญาติผู้ดูแลโดยตรงเป็นรายบุคคล รวมทั้งญาติผู้ดูแลได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการแจกคู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็ง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลกิจกรรมประจำวันและรู้วิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และมีทักษะเพิ่มขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเกิดความมั่นใจการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (collaborative interdisciplinary team) ทำให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลรวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในทีม กล้าที่จะปรึกษาปัญหาและความต้องการในกิจกรรมที่ตัวเองไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ทีมรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในกิจกรรมส่วนที่ญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจหรือมีความกังวลใจในการปฏิบัติ ทีมร่วมกันเข้ามาให้ความรู้ในส่วนที่ขาดและฝึกทักษะในส่วนที่ญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจอย่างใกล้ชิดเป็นรายบุคคล ประกอบกับมีวางแผนจำหน่ายไว้ตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้ มีความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติ รวมทั้งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ความแปรปรวนลดลง ผู้ป่วยพ้นหายจากการบาดเจ็บได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี พบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (อุดมรัตน์, 2548) เช่นเดียวกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการรายกรณี

ทำให้เพิ่มความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (เกษร, 2554)

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลที่เป็น ภรรยา สามี หรือบุตร จะมีความผูกพันและใกล้ชิดกันกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเกิดความเห็นอกเห็นใจ และห่วงใยกัน ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ญาติผู้ดูแลพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคและกลับบ้านได้เร็ว จึงทุ่มเททั้งแรงใจแรงกายในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้และได้เรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (จอม, 2540; ประกอบพร, 2550; วลัยนารี, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นภรรยา สามี หรือบุตร ซึ่งไม่แตกต่างกันแต่ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม จึงสามารถสรุปได้ว่าความสามารถของกลุ่มทดลองที่มากกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องมาจากการได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะอาสาจากครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยเนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยเชื่อว่าภรรยาหรือบุตรสาว ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่และเป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเมื่อมีโอกาสเข้ามาดูแลผู้ป่วยทำให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้เรียนรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้มีความรู้ มีทักษะ และมีความมั่นใจในการดูแล ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (กชพรรณ, 2551; จอม, 2540; จุไร, 2547; ทิววรรณ, 2554; ประกอบพร, 2550; เพ็ญวิสาข์, 2555) รวมทั้งพบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้ใหญ่ จะมีวุฒิภาวะและมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ดีกว่าวัยเด็กและวัยสูงอายุ ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย จึงช่วยส่งเสริมให้ความสามารถของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (วลัยนารี, 2553) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของภรรษา (2550) ที่พบว่าในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อย จะทำให้พฤติกรรมดูแลของญาติผู้ดูแลน้อยไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เองไม่ต้องพึ่งพาญาติ ส่วนในรายที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะทำให้พฤติกรรมดูแลของญาติผู้ดูแลมากตามไปด้วย เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเองทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวลัยนารี (2553) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะระดับใดก็ตาม

ไม่มีผลต่อการที่ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด แต่ด้วยความผูกพันรวมทั้งความรักที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากส่งผลให้ความสามารถของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นตัวแปรด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมากกว่าควบคุม จึงสามารถสรุปได้ว่าไม่มีตัวแปรอื่นที่ทำให้ความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

จากผลการศึกษา พบว่าความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ และด้านการทำงานของบุคลากร เนื่องจากญาติผู้ดูแลได้รับความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและจากบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุมการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญ สามารถดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจการรักษาตลอดช่วงระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา โดยญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความก้าวหน้าของอาการที่เปลี่ยนแปลง แผนการรักษา และความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ ๆ ในทุกช่วงเวลาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้ให้เกิดความมั่นใจในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งญาติผู้ดูแลได้รับความสะดวกสบายจากการที่หอผู้ป่วยได้มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไว้ให้เพียงพอจึงทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ประกอบกับมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน สนับสนุน และช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความร่วมมือของ

ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหอย่างรวดเร็ว โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ยังได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นกันเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมากที่สุด ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจสามารถที่จะขอคำปรึกษาได้ในทุกเรื่อง โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่ เฝ้าจอตลอด พิศุทธิ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ได้รับการบริการที่เป็นธรรม จัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จัดการความเสี่ยง และวางแผนจำหน่ายโดยหาแหล่งสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทั้งในและนอกโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการบริการ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่เป็นองค์ประกอบของการจัดการรายกรณี พบว่าสามารถเพิ่มความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล (เพชรรา, 2552) รวมทั้งในผู้ป่วยที่ปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถเพิ่มความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลเช่นเดียวกัน (ประภาพร, 2554)

ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการศึกษา พบว่าความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมากกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละสาขาไว้ อย่างชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้สามารถแสดงบทบาทตามวิชาชีพของตนได้อย่างอิสระและเต็มศักยภาพมีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน เป็นระบบมากขึ้น ไม่เกิดการงานที่ซ้ำซ้อน มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือภายในทีม ทำให้เกิดความราบรื่นในการทำงาน และสามารถลดข้อขัดแย้งต่าง ๆ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคอยอำนวยความสะดวกสนับสนุนให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีม ทำให้มีการพูดคุยปรึกษากันโดยตรง เพื่อหาข้อสรุปในการดูแลรักษา ส่งผลให้ลดระยะเวลา

ในการสื่อสารภายในทีม สามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเนื่อง ได้ผลลัพธ์สำเร็จตามที่คาดหวังภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการนำทรัพยากรด้านบุคคลมาใช้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดการยอมรับในความรู้ ความสามารถของแต่ละสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเกิดความภาคภูมิใจในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจมากกว่า (บุศรา, 2552; ประภาพร, 2554; พิไลวรรณและคณะ, 2553; เพทาย, 2553; วันเพ็ญและอรชร, 2554; ศุวัชรีย์, 2543; สมพร, 2552; สุวนิตย์, 2554) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจมากกว่าเช่นเดียวกัน (เบญจพร, สมจิตร, และเกศณี, 2556; ภัคพรและคณะ, 2554; วรณี, 2552)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (two-group posttest only design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อ (1) ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 40 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้ 20 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ และ 20 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือจนครบ 14 วัน โดยทั้งผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายกรณีจากทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการฝึกทักษะเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย (1.1) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (1.2) คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ (1.3) คู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บหลายระบบ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (2.1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (2.2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (2.3) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล (2.4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95, .93, .93 และ .88 ตามลำดับ และ (2.5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล ได้ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยง โดยการตรวจสอบความเท่าเทียมของการวัดได้ เท่ากับ .84

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ ททดสอบ และสถิติแมนวิทนี่ ยู กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิตินี้ต่ำกว่า .05

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{38} = -7.79, p < .001$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวัน โดยรวมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{38} = -9.67, p < .001$) และค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.65, p < .001$)
3. ค่าเฉลี่ยของอันดับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.25, p < .001$)
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$), ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยของอันดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการจับคู่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเหมือนกัน โดยเฉพาะการบาดเจ็บศีรษะซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถของญาติผู้ดูแลในการทำกิจกรรมและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ตัวแปรนี้ไม่มีผลกระทบต่อผลการวิจัยในตัวแปรที่กล่าวมาทั้งหมด โดยพบว่ากลุ่มทดลองยังคงมีผลลัพธ์การวิจัยที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต่อไปอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหารควรมีนโยบายในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ และความสามารถในการทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ผู้บริหารควรมีนโยบายในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแยกออกจากบทบาทหน้าที่พยาบาลปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มีอิสระในการทำหน้าที่และสามารถทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีไปใช้จริงกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ร่วมกับการนำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และคู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มาใช้จริงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรมีการประเมินผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการจัดอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้กับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความรู้ รวมทั้งมีความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. การนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ หรือในหน่วยงานที่มีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยและบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประยุกต์แผนการดูแลผู้ป่วยและบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยก่อนนำไปใช้
4. ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแล (clinical pathway) อย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะที่กลับไปอยู่บ้านต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ รวมทั้งทัศนคติ ที่เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- กชพรรณ ขอบนิทัศน์. (2551). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กรมทางหลวง. สำนักอำนวยการความปลอดภัย. (2557). *อุบัติเหตุบนทางหลวง*. กรุงเทพฯ: กรม.
- กรรณิกา เย็นสุข. (2544). *ผลการใช้รูปแบบจัดการทางการพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลและความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้รับบริการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กัญญาณัฐ บุญหลง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และบุญทิพย์ สิริธรังศรี. (2557). ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย. *แพทยสารทหารอากาศ*, 60(2), 42-48.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2543). *ไขสันหลังบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.
- เกษร อิ่มสุข. (2554). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(3), 15-24.
- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์, และจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ. (2554). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 4-21.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จิตติมา พรพิศ. (2549). *การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี, ลพบุรี.
- จินนระรัตน์ ศิริภักทรภิญโญ. (2540). *ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- จิราพร สิมากร. (2544). ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปีคส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จิราภรณ์ ศรีไชย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จุไร เกลี้ยงเกล้า. (2547). ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชญาดา บุญรับพ่าย. (2550). ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีศึกษา :โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ครุณี เสมอรัตน์ชาติ. (2543). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทิวาพรรณ เตือนยัง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นิตยา พงษ์ธรรม. (2551). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง. (2552). ผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

- เบญจพร พัฒนาการ, สมจิตร แคนสีแก้ว, และเกศนี สราญฤทธิชัย. (2556). การจัดการรายกรณี สำหรับบุคคลที่ต้องการบำบัดสุราในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 140-150.
- เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). *บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมือง อุดรดิตต์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์, อุดรดิตต์.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ประภาพร แก้วสุข. (2554). *ผลของการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปาริฉัตร กุลยาบาล. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิ่นทิพย์ นาคคำ. (2544). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บช่องท้อง*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุณหสุวรรณกุล, กฤษณ์แก้วโรจน์, และอนันต์ ตันमुखกุล. (2547). *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พัชรี คงปลอด. (2549). *ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และความพึงพอใจของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิไลวรรณ จันทร์สุกรี, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, และหทัยรัตน์ จิรนันทิพัทธิ. (2553). *พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อุดรดิตต์*. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(1), 85-98.

- เพชรพร พรหมจารีย์. (2552). การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ งานศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพทาย สාරวยผล. (2553). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ไพรัช ประสงค์จีน. (2541). กระจกหักและข้อเคลื่อน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภรภัทร อิ่มโอรุ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ภักพร กอบพิงตน, นาฏยา เอื้องไพโรจน์, ชนกพร อุดตะมะ, และปรีชาดิ ชันทรักษ์. (2554). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล นครพิงค์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(2), 22-31.
- เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์, ไพรวลัย พรหมที, ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย, และสุวรรณา ธาดาพิพัฒน์. (2549). การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร*, 30(3), 272-286.
- รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนางชื้อสัตย์, สิรินทร ฉันทศิริการจน์, สิริประภา กลั่นกลิ่น, และพรชราพร เกิดมงคล. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 67-79.
- รัตนา จำภา. (2554). การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. งานเวชระเบียนและสถิติ. (2557). สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ปี 2557. สงขลา: โรงพยาบาล.

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ฝ่ายบริการพยาบาล. (2550). *มาตรฐานการพยาบาล*. สงขลา: โรงพยาบาล.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. หน่วยอุบัติเหตุ. (2557). *สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุปี 2557*. สงขลา: โรงพยาบาล.
- วรรณิ มาศศรี. (2552). *ผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วลัย บุญพลอย, และอนัญญา มานิตย์. (2552). *ผลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและแนวทางการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลพบุรี*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(3), 404-413.
- วลัยนารี พรมลา. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บริยะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วันเพ็ญ ดวงมาลา, และอรชร มาลาหอม. (2554). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณีในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี*. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(4), 13-21.
- วิภาดา ดวงพิทักษ์. (2555). *การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิมล มากขุนทด. (2555). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บริยะระดับเล็กน้อยและผู้ดูแลต่ออาการที่เกิดภายหลังการบาดเจ็บริยะและการกลับรักษาซ้ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมพร เป็รื่องพงษ์. (2552). *ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- สมหมาย โปคนาร์กย์. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ*. *วารสารวิชาการรพศ/รพท เขต 4*, 13(1), 86-88.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2548). *มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สถาบัน.
- ศิริลักษณ์ ตันชัยสวัสดิ์. (2545). *เส้นทางสู่คุณภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. สงขลา: มาสเตอร์พีส.
- สุกษม อัดนวนิช, และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. (2542). *การบาดเจ็บหลายระบบ: Multiple injury*. กรุงเทพฯ: วรานนท์เอ็นเตอร์ไพรส์.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2550). ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ content validity index: critique and recommendation for computation. *พยาบาลสาร*, 34(4), 1-9.
- สุนันทา สุริยพันธุ์. (2544). *ผลของการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุนิดา อรรถนุชิต. (2552). *การพัฒนาและการประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลปัตตานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนิตย์ โพธิ์จันทร์. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(1), 22-30.
- ศศิธร มุกประดับ. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวแบบมุ่งเป้าหมายต่อผลลัพธ์ทางการกล้ามเนื้อกระดูกและข้อในผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริอร สินธุ, และพิเชต วงรอด. (2556). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- ศุวัชรีย์ ฐูพิทาย. (2543). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- โรงพยาบาลขอนแก่น. ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด. (2553). การดูแลผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน
ขั้นสูง. ขอนแก่น: โรงพยาบาล.
- อภิชนา โฉมวิมล. (2557). คู่มือสำหรับผู้บาดเจ็บที่ไขสันหลัง (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 5).
เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- อุดมรัตน์ ชัดระฆัง. (2548). เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีที่
บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้และทีมการพยาบาลต่อความสามารถในการจัดการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ
พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, กรุงเทพฯ.
- อุษา นักเทศ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Askren, G. A., & Frater, J. (2012). Case management programs for hospital readmission
prevention. *Professional Case Management*, 17(5), 219–226; quiz 227–8. doi: 10.1097/
NCM.0b013e318257347d
- Behm, J., & Gray, N. (2011). *Interdisciplinary rehabilitation team (Chap.5)*. Retrieved from
http://www.samples.jbpub.com/9781449634476/80593_ch05_5806.pdf
- Baker, S. P., O' Neill, B., Haddon, W., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: A method for
describing patients with multiple injury and evaluating emergency care, *Journal of Trauma*,
14(3), 187-196.
- Bisiani, M. A., & Jurgens, C. Y. (2015). Do collaborative case management models decrease
hospital readmission rates among high-risk patients. *Professional Case Management*,
20(4), 188–196. doi:10.1097/NCM.0000000000000098
- Buschbacher, R. M., & Porter, C.D. (2000). Deconditioning, conditioning, and the benefits of
exercise. In R. L. Braddom (Ed.), *Physical medicine & rehabilitation* (2nd ed., pp. 702-
726). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Butcher, N. E., & Balogh, Z. J. (2014). Update on the definition of polytrauma. *European Journal
of Trauma and Emergency Surgery*, 40(2), 107–111. doi:10.1007/s00068-014-0391-x
- Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2014). A randomized controlled trial of a nurse-led case
management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities.
Journal of Advanced Nursing, 70(10), 2257-2271. doi:10.1111/jan.12375

- Cohen, E. L. & Cesta, T. G. (2005). *Nursing case management from essentials to advanced practice applications* (4th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., pp. 54-55). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Curtis, K., Lien, D., Chan, A., Grove, P., & Morris, R., Curtis, K., Lien, D., Chan, A., Grove, P., & Morris, R. (2002). The impact of trauma case management on patient outcomes. *Journal of Trauma*, 53(3), 477–482. doi:10.1097/01.TA.0000025656.37314.66
- Dutton, R. P., Cooper, C., Jones, A., Leone, S., Kramer, M. E., & Scalea, T. M. (2003). Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *Journal of Trauma*, 55(5), 913–919. doi:10.1097/01.TA.0000093395.34097.56
- Fehlings, M. G., Vaccaro, A. R., Boakye, M., Rossignol, S., Ditunno, Jr. J. F., & Burn, A. S. (2013). *Essentials of spinal cord injury*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Finkelman, A. W. (2011). *Case management for nurses*. Boston: Pearson.
- Gennarelli, T. A. (2005). *Abbreviated injury scale 2005*. Barrington: Association for the Advancement of Automotive Medicine.
- Granacher, Jr. R. P. (2008). *Traumatic brain injury* (2nd ed.). Boca Boston: CRP Press.
- Gurses, A., & Xiao, Y. (2006). A systematic review of the literature on multidisciplinary rounds to design information technology. *Journal of the American Medical Informatics*, 13(3), 267–276.
- Haan, J. M., Dutton, R. P., Willis, M., Leone, S., Kramer, M. E., & Scalea, T. M. (2007). Discharge rounds in the 80-hour workweek: importance of the trauma nurse practitioner. *Journal of Trauma*, 63(2), 339–343.
- Joo, J. Y., Huber, D. L., & Bc, N. E. A. (2014). An integrative review of nurse-led management effectiveness. *International Nursing Review*, 61(1), 14–24.
- Kim, Y. J., & Soeken, K. L. (2005). A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nursing Research*, 54(4), 255–264.

- Latour, C. H. M., Windt, A. W. M. Van Der, Jonge, P. De, Riphagen, I. I., Vos, R. De, Huyse, F. J., & Stalman, W. A. B. (2007). Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, *62*(3), 385–395.
- O'Mahony, S., Mazur, E., Charney, P., Wang, Y., & Fine, J. (2007). Use of multidisciplinary rounds to simultaneously improve quality outcomes, enhance resident education, and shorten length of stay. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(8), 1073–1079.
- McAlpine, L. A. (1997). Process and outcome measures for multidisciplinary collaborative project of a critical care CNS. *The Journal for Advanced Nursing Practice*, *11*(1), 134-137.
- Morganti, K. C., Raghupathi, R., & Mass, A. (2012). *Traumatic brain and spinal cord injury*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Newberry, L. (2003). *Emergency nursing principle and practice* (5th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Poirrier, G. P., & Oberleitner, M. G. (1999). *Clinical pathways in nursing a guide to managing care from hospital to home*. Springhouse: Springhouse Corporation.
- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). *Case management a practical guide for education and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sen, A., Xiao, Y., Lee, S.-A., Hu, P., Dutton, R. P., Haan, J., ... Scalea, T. (2009). Daily multidisciplinary discharge rounds in a trauma center: a little time, well spent. *The Journal of Trauma*, *66*(3), 880–887. doi:10.1097/TA.0b013e31818cacf8
- Sesperez, J., Wilson, S., Jalaludin, B., Seger, M., & Sugrue, M. (2001). Trauma case management and clinical pathways: prospective evaluation of their effect on selected patient outcomes in five key trauma conditions. *Journal of Trauma*, *50*(4), 643–649.
- Sheehan, D., Robertson, L., & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, *21*(1), 17–30.
- Smith, A., Mackay, S., & McCulloch, K. (2013). Case management: developing practice through action research. *British Journal of Community Nursing*, *18*(9), 452–464.

- Songwathana, P., Sae-Sia, W., Kitrungrrote, L., & Manoonya, B. (2014). Development of a Trauma-based Continuing Care Model for Enhancing Care Outcomes in Social Unrest Area: A Case Study. *Journal of Nursing & Care*, 03(05). doi:10.4172/2167-1168.1000204
- Trauma statistics*. (2014). Retrieved from <http://www.nationaltraumainstitute.org/home/trauma-statistics.html>
- Truong, A. D., Fan, E., Brower, R. G., & Needham, D. M. (2009). Bench-to-bedside review: mobilizing patients in the intensive care unit--from pathophysiology to clinical trials. *Critical Care*, 13(4), 1-8.
- Vitaz, T. W., McIlvoy, L., Raque, G. H., Spain, D., & Shields, C. B. (2001). Development and implementation of a clinical pathway for severe traumatic brain injury. *Journal of Trauma*, 51(2), 369–375. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11493802>
- Watts, S. a, Gee, J., O'Day, M. E., Schaub, K., Lawrence, R., Aron, D., & Kirsh, S. (2009). Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 167–172.
- Whitaker, C. E. (2010). Standards of Practice for Case Management. *Case Manager*, 12(2), 1-30.
- Wilson, S., Bin, J., Sesperez, J., Seger, M., & Sugrue, M. (2001). Clinical pathways-can they be used in trauma care. An analysis of their ability to fit the patient. *Injury international Journal of the care of the injured*, 32(7), 525–532.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ด้วยดิฉัน นางสาวดวงกมล สุวรรณ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำวิจัย เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้อย่างเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ถึงแม้การวิจัยครั้งนี้ อาจจะไม่มียผลโดยตรงต่อท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับท่านต่อไปในอนาคต คือ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีหากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามในเรื่อง (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (2) แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มียผลต่อการได้รับบริการหรือการดูแลรักษา และไม่เกิดอันตรายใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและท่าน

การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ใช้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารให้การยินยอม

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ชื่อ-สกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....
หนังสือยินยอมฉบับนี้อาจมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายคำหรือข้อมูลใด ๆ ที่ท่านไม่เข้าใจให้ทราบ

1. วัตถุประสงค์

เอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้ได้แจ้งให้ทราบถึงลักษณะรายละเอียด ของการศึกษาวิจัย และวิธีการนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. ข้อมูลพื้นฐาน

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายอวัยวะผู้ป่วยจะมีการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็จะมีอาการหลงเหลือ ได้แก่ ความพิการ ทางด้านร่างกาย เป็นอัมพาต แขนขาอ่อนแรง หรือแขนขาขาด สูญเสียการทรงตัว เคลื่อนไหวลำบาก มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์ การคิด และสติปัญญา ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ บางราย มีความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองใน การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยรูปแบบ การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของบุคลากรทีมวิชาชีพที่มีความรู้ ความชำนาญ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิต ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ขั้นตอนในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2558 โดยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรูปแบบการพยาบาลแบบ การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามในเรื่อง (1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วย (2) แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน (3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที

4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ทั้งสิ้นในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ หรือการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล ผลประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมวิจัย คือ ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ตามบทบาทหน้าที่และตามมาตรฐานวิชาชีพ

5. การเก็บรักษาความลับ

ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง และที่อยู่ของท่าน แต่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปสรุปและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น

6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกขุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อบริการการพยาบาลที่ท่านควรจะได้รับตามปกติ

7. ข้อสงสัยต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ให้ท่านติดต่อผู้วิจัยโดยตรง คือ นางสาวดวงกมล สุวรรณ เบอร์โทรศัพท์ 085.....หรืออาจติดต่อ ผศ.ดร..... เบอร์โทรศัพท์ 081.....ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยนี้

8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านยอมรับว่าได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับ และท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้และข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

กรณีที่ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเองไม่ได้ ให้ญาติสายตรงเป็นผู้แทนเซ็นใบยินยอมแทนผู้ป่วยในการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(นางสาวดวงกมล สุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ดูแล

ด้วยดิฉัน นางสาวดวงกมล สุวรรณ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำวิจัย เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้อย่างเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ถึงแม้การวิจัยครั้งนี้ อาจจะไม่มิตผล โดยตรงต่อท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่นๆ คือ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามในเรื่อง (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในดูแลการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการดูแลรักษา และไม่เกิดอันตรายใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและท่าน

การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ใช้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารให้การยินยอม

การวิจัยเรื่องผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ชื่อ-สกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....
หนังสือยินยอมฉบับนี้อาจมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายคำหรือข้อมูลใดๆที่ท่านไม่เข้าใจให้ทราบ

1. วัตถุประสงค์

เอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้ได้แจ้งให้ทราบถึงลักษณะรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และวิธีการนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. ข้อมูลพื้นฐาน

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายอวัยวะผู้ป่วยจะมีการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็จะมีภาวะพิการหลงเหลือ ได้แก่ ความพิการทางด้านร่างกาย เป็นอัมพาต แขนขาอ่อนแรง หรือแขนขาขาด สูญเสียการทรงตัว เคลื่อนไหวลำบาก มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์ การคิด และสติปัญญา ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ บางรายมีความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยรูปแบบการพยาบาลรายกรณี ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของบุคลากรทีมวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ขั้นตอนในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2558 โดยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการดูแลรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามในเรื่อง (1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ดูแล (2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในดูแลการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน(3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที

4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ทั้งสิ้นในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ
การเข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ หรือการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่เกิด
อันตรายต่อตัวผู้ป่วยและท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจ
ให้ข้อมูล ผลประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมวิจัยคือ ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลรักษาจาก
บุคลากรทางการแพทย์ตามบทบาทหน้าที่และตามมาตรฐานวิชาชีพ

5. การเก็บรักษาความลับ

ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ
ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง และที่อยู่ของท่าน แต่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปสรุปและนำเสนอ
ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น

6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือ
บอกยุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้
โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ ต่อบริการการพยาบาลที่ท่านควรจะได้รับตามปกติ

7. ข้อสงสัยต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัยและ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัย
ของการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ให้ท่านติดต่อผู้วิจัย โดยตรงคือ นางสาวดวงกมล สุวรรณ เบอร์
โทรศัพท์ 085....หรืออาจติดต่อ ผศ.ดร..... เบอร์โทรศัพท์ 081.....ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยนี้

8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านยอมรับว่าได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับ และท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้และข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงชื่อ..... ผู้ดูแลผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย

(นางสาวดวงกมล สุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิทีมสหสาขาวิชาชีพ

ด้วยดิฉัน นางสาวดวงกมล สุวรรณ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ถึงแม้การวิจัยครั้งนี้ อาจจะไม่มียield โดยตรงต่อท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่นๆ คือ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ท่านเป็นบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามในเรื่อง (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มียield ต่อการได้รับบริการหรือการดูแลรักษา และไม่เกิดอันตรายใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและท่าน การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ใช้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารให้การยินยอม

การวิจัยเรื่องผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ชื่อ-สกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....
หนังสือยินยอมฉบับนี้อาจมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายคำหรือข้อมูลใดๆที่ท่านไม่เข้าใจให้ทราบ

1. วัตถุประสงค์

เอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้ได้แจ้งให้ทราบถึงลักษณะรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และวิธีการนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. ข้อมูลพื้นฐาน

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายอวัยวะผู้ป่วยจะมีการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็จะมีอาการหลงเหลือ ได้แก่ ความพิการทางด้านร่างกาย เป็นอัมพาต แขนขาอ่อนแรง หรือแขนขาขาด สูญเสียการทรงตัว เคลื่อนไหวลำบาก มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์ การคิด และสติปัญญา ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ บางรายมีความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของบุคลากรทีมวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ขั้นตอนในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2558 โดยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการรายกรณี

ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามในเรื่อง (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ (2) ความพึงพอใจของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที

4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ทั้งสิ้นในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีผลต่อปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย และจะไม่เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล

5. การเก็บรักษาความลับ

ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง และที่อยู่ของท่าน แต่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปสรุปและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น

6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกขุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อปฏิบัติงานของท่านที่ทำอยู่ตามปกติ

7. ข้อสงสัยต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ให้ท่านติดต่อผู้วิจัยโดยตรงคือ นางสาวดวงกมล สุวรรณ เบอร์โทรศัพท์ 085....หรืออาจติดต่อ ผศ.ดร..... เบอร์โทรศัพท์ 081.....ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยนี้

8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านยอมรับว่าได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับ และท่านทราบว่าผู้วิจัยมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้และข้าพเจ้านุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงชื่อ..... ทีมสหสาขาวิชาชีพ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย
(นางสาวดวงกมล สุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size)

การคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size)

คำนวณจากการศึกษาของพิไลวรรณ, กัญญารัตน์, และหทัยรัตน์ (2553) ที่ศึกษา
การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

$$\begin{aligned} \text{ขนาดอิทธิพล } ES (\gamma) &= \mu_1 - \mu_2 / \sigma \\ &= \bar{X}_1 - \bar{X}_2 / \text{pooled SD} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pooled SD} &= \sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2) / 2} \\ &= \sqrt{(0.38^2 + 0.44^2) / 2} \\ &= \sqrt{(0.14 + 0.19) / 2} \\ &= \sqrt{0.33 / 2} \\ &= 0.4 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ขนาดอิทธิพล } ES &= \bar{X}_1 - \bar{X}_2 / \text{pooled SD} \\ &= (4.15 - 3.67) / 0.4 \end{aligned}$$

$$\text{ขนาดอิทธิพล (ES)} = 1.2$$

(Hedges อ้างตามบุญใจ, 2553)

ภาคผนวก ค

การคำนวณระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

การคำนวณระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS)

โดยแบ่งบริเวณการบาดเจ็บเป็น 6 ส่วน ดังนี้ คือ

1. ศีรษะและลำคอ
2. ใบหน้า
3. ทรวงอก
4. ช่องท้องและอวัยวะในช่องเชิงกราน
5. กระดูกเชิงกราน และแขน-ขา
6. ผิวหนัง

แล้วนำเอาการวินิจฉัยตำแหน่งการบาดเจ็บ ใน 24 ชั่วโมงแรก โดยการนำเอาการบาดเจ็บรุนแรง 3 อันดับแรก มาหาค่าการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย (Abbreviated Injury Scale: AIS) ปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้การหาค่าการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย (Abbreviated Injury Scale: AIS 2005) (Gennarelli, 2005) แล้วนำค่าการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละส่วนของร่างกาย (Abbreviated Injury Scale: AIS) มาคำนวณระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ซึ่งพัฒนาโดยเบคเกอร์และคณะ (Baker, O' Neill, Haddon & Long, 1974) มาคำนวณโดยใช้สูตร

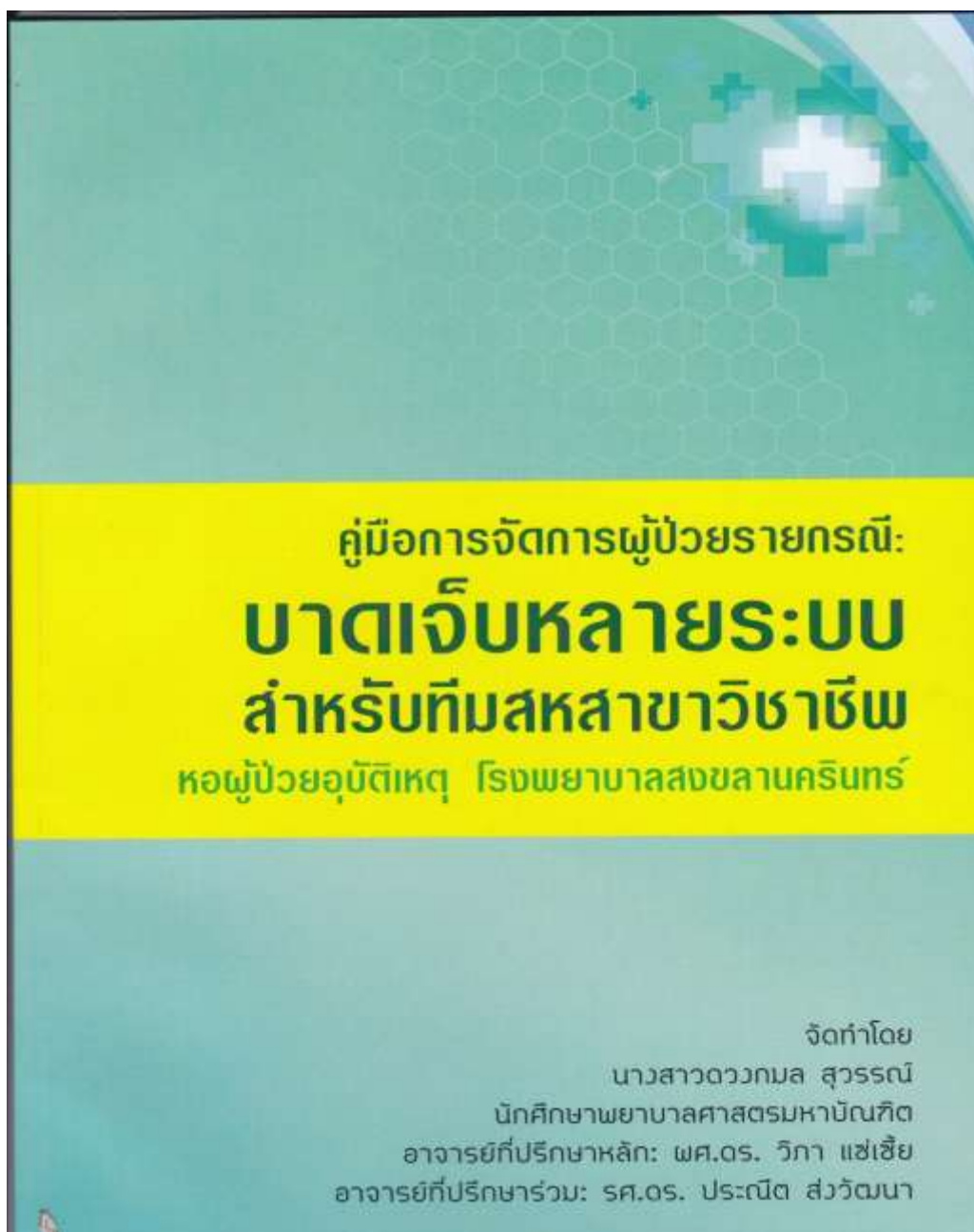
$$ISS = (\text{highest AIS in area1})^2 + (\text{highest AIS in area2})^2 + (\text{highest AIS in area3})^2$$

คะแนนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 75 คะแนน โดยมีการแปลผล ดังนี้

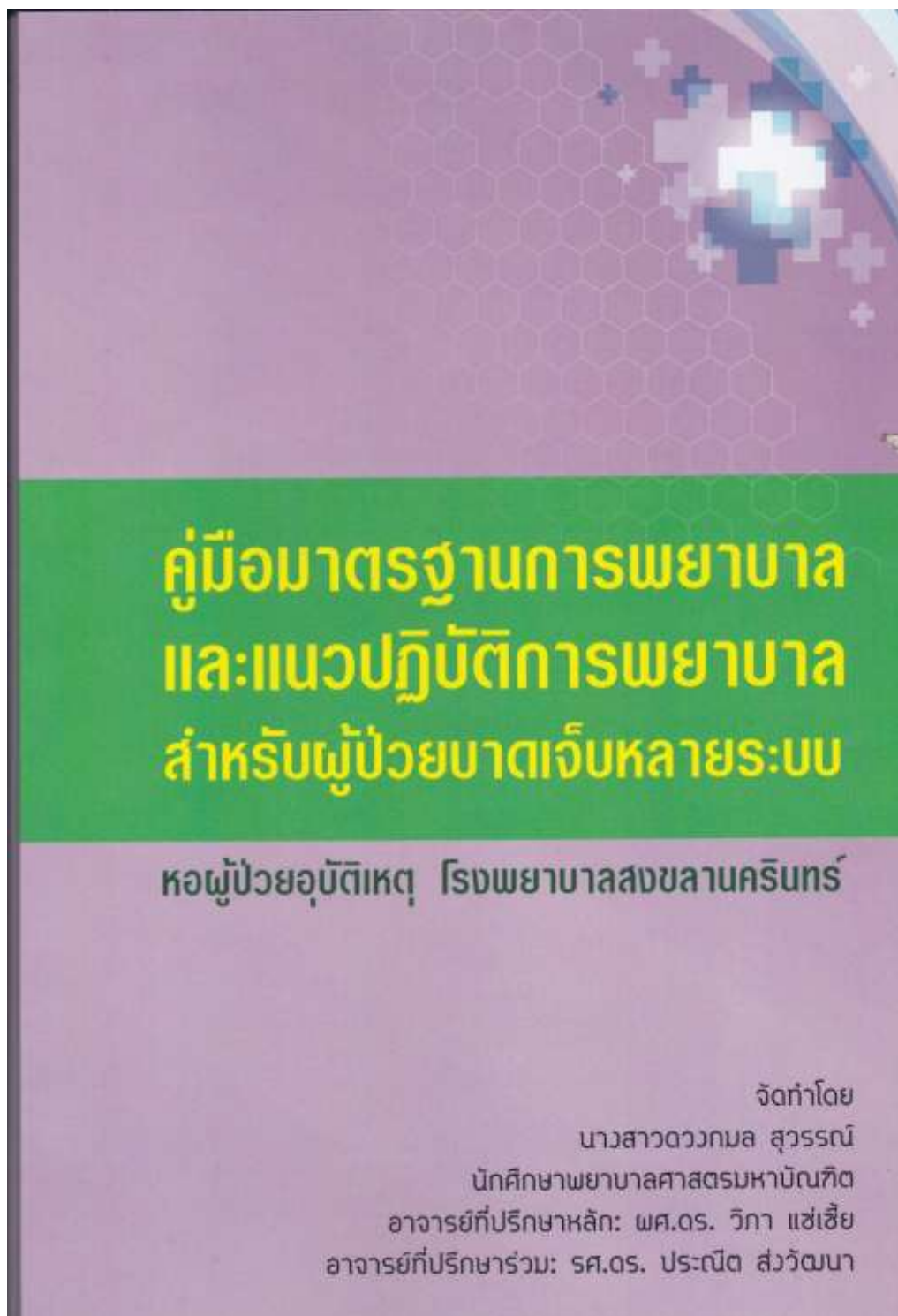
- | | |
|-------|------------------------------------|
| 0-8 | คะแนน คือ ความรุนแรงระดับเล็กน้อย |
| 9-15 | คะแนน คือ ความรุนแรงระดับปานกลาง |
| 16-24 | คะแนน คือ ความรุนแรงระดับสาหัส |
| 25-49 | คะแนน คือ ความรุนแรงระดับรุนแรงมาก |
| 50-74 | คะแนน คือ ความรุนแรงระดับวิกฤต |
| 75 | คะแนน คือ ความรุนแรงระดับมากที่สุด |

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี: บาดเจ็บหลายระบบสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ
หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ตัวอย่าง)



คู่มือมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ตัวอย่าง)



คู่มือการป้องกันแผลกดทับและข้อติดแข็งสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ตัวอย่าง)



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล
4. แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
5. เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล
6. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพและแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (จำนวน 9 ข้อ)

คำชี้แจง: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ และข้อมูลการเจ็บป่วย 1 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว ขอให้ท่านอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () พร้อมทั้งระบุคำตอบที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

จำนวนวันนอน.....

คำรักษาพยาบาล.....

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ISS.....

1. อายุ (ระบุ).....ปี

2. เพศ

() ชาย

() หญิง

3. สถานภาพ

() โสด

() สมรส

() หม้าย/หย่า

() อื่น ๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา

() ปริญญาตรี

() มัธยมศึกษา

() สูงกว่าปริญญาตรี

() ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา

5. ศาสนา

() พุทธ

() พราหมณ์/ฮินดู

() อิสลาม

() อื่น ๆ (ระบุ).....

() คริสต์

6. อาชีพ
- () แม่บ้าน/พ่อบ้าน () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 () เกษตรกร/ทำสวน () ค้าขาย
 () รับจ้างทั่วไป () นักเรียน/นักศึกษา
7. รายได้ (บาท/เดือน)
- () น้อยกว่า 5,000 () 15,001-20,000
 () 5,000-10,000 () มากกว่า 20,000
 () 10,001-15,000 () ไม่มี
8. ความเพียงพอของรายได้
- () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
9. โรคประจำตัว (เลือกตอบ
 ได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ไม่มี () โรคไต
 () โรคความดันโลหิตสูง () โรคหอบหืด
 () โรคเบาหวาน () อื่นๆ โปรดระบุ.....
 () โรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาว่าท่านพึงพอใจในบริการที่ได้รับขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด เพียง 1 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ	✓				

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่า ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ					
1. ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแห่งนี้					
2. ท่านได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างดีทันทีเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย					
3. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ท่านได้รับการอย่างรวดเร็วไม่ต้องคอยนาน					
4. เมื่อเกิดปัญหาท่านได้รับการช่วยเหลือทันทีจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลระบบหายใจ					

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ					
5. หอผู้ป่วยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวันไว้ให้ท่านอย่างเพียงพอ เช่น เสื้อ กางเกง ผ้าเช็ดตัว ผ้าห่ม กะละมังเช็ดตัว					
6. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดี จากบุคลากรทุกวิชาชีพ ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วย					
ด้านการประสานงานการบริการ					
7. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการรักษา พยาบาลสามารถช่วยเหลือท่านให้พูดคุยกับแพทย์ หรือทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว					
8. พยาบาลได้ตรวจเยี่ยมอาการ และสอบถามท่านเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของท่านอย่างสม่ำเสมอ					
9. พยาบาลติดตามผลการรักษาพยาบาล และสามารถแก้ปัญหาของท่านได้เป็นที่น่าพอใจ					
10. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านและครอบครัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษาพยาบาล					
ด้านอริยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ					
11. พยาบาลแสดงความเป็นมิตร ด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใส และทักทายท่านทุกครั้งที่ตรวจเยี่ยม					
12. พยาบาลให้ความเป็นกันเอง พุดจาสุภาพ ไพเราะ ขณะให้การดูแลท่าน					
13. พยาบาลได้แสดงพฤติกรรมที่สุภาพ นุ่มนวล แสดงถึงความเอื้ออาทรต่อท่าน					
14. พยาบาลให้เวลากับท่าน และเปิด โอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามปัญหาและเสนอความต้องการของท่าน					
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ					
15. ท่านได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ และขั้นตอนการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาล					

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ					
16. ท่านได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด และการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจทางรังสีด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง					
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ					
17. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาล/เภสัชกร เกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ ชนิดวิธีการใช้ ฤทธิ์ของยา ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของยา					
18. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน					
19. พยาบาลอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับแผนการดูแล และกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง					
ด้านคุณภาพของบริการ					
20. ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วนจากแพทย์ และพยาบาล					
21. ท่านได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่ โดยมีการตรวจเยี่ยมข้างเตียงร่วมกันของ แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลระบบหายใจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง					
22. ท่านได้รับการดูแลรักษาที่ตรงกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของท่าน					
23. ท่านได้รับการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน และการการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ					
24. ท่านได้รับการดูแลรักษาที่ให้ผลลัพธ์ตามที่ท่านคาดหวัง					
25. ถ้าท่านมีปัญหาด้านสุขภาพอีก ท่านจะมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้แน่นอน					

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บ
หลายระบบ

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยให้คะแนนตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกรุณาใช้ปากกาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	
1. การรับประทานอาหาร	
()	ต้องมีคนช่วยเหลือไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ คะแนนเท่ากับ 0
()	มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ เตรียมอาหารให้ คะแนนเท่ากับ 5
()	ทำเองได้ คะแนนเท่ากับ 10
2. การขึ้นลงจากเตียง	
()	ลุกจากเตียงไม่ได้ คะแนนเท่ากับ 0
()	ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน คะแนนเท่ากับ 5
()	ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือเล็กน้อย คะแนนเท่ากับ 10
()	ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง คะแนนเท่ากับ 15
3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	
()	ต้องมีคนช่วยเหลือ คะแนนเท่ากับ 0
()	ทำเองได้/ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ คะแนนเท่ากับ 5
4. การเข้าห้องน้ำ	
()	ต้องมีคนช่วยเหลือ คะแนนเท่ากับ 0
()	มีคนช่วยทำให้บางส่วน คะแนนเท่ากับ 5
()	ทำเองได้ คะแนนเท่ากับ 10
5. การอาบน้ำ	
()	ต้องมีคนช่วยเหลือ คะแนนเท่ากับ 0
()	ทำเองได้ คะแนนเท่ากับ 5

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	
6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน	<ul style="list-style-type: none"> () นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้คะแนนเท่ากับ 0 () นั่งรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา คะแนนเท่ากับ 5 () เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเล็กน้อย คะแนนเท่ากับ 10 () เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย คะแนนเท่ากับ 15
7. การขึ้นบันได	<ul style="list-style-type: none"> () ขึ้นบันไดเองไม่ได้ คะแนนเท่ากับ 0 () ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อยคะแนนเท่ากับ 5 () ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วยคะแนนเท่ากับ 10
8. การแต่งตัว	<ul style="list-style-type: none"> () ต้องมีคนช่วยเหลือ คะแนนเท่ากับ 0 () มีคนช่วยบางส่วน คะแนนเท่ากับ 5 () ทำเองได้ รวมทั้งติดซิป ติดกระดุม คะแนนเท่ากับ 10
9. การถ่ายอุจจาระ	<ul style="list-style-type: none"> () ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยคะแนนเท่ากับ 0 () อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วยสวนหรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ คะแนนเท่ากับ 5 () ทำเองได้ สวนหรือเหน็บยาเองได้คะแนนเท่ากับ 10
10. การปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> () ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวนหรือสวนปัสสาวะมากกว่า 1 ครั้ง/วัน คะแนนเท่ากับ 0 () สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วันคะแนนเท่ากับ 5 () ปัสสาวะเองได้ คะแนนเท่ากับ 10

7. รายได้ (บาท/เดือน)
- () ไม่มี () 10,001-15,000
 () น้อยกว่า 5,000 () 15,001-20,000
 () 5,000-10,000 () มากกว่า 20,000
8. ความเพียงพอของรายได้
- () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
9. โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ไม่มี () โรคไต
 () โรคความดันโลหิตสูง () โรคหอบหืด
 () โรคเบาหวาน () อื่นๆ โปรดระบุ.....
 () โรคหัวใจ
10. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย
- () พ่อ/แม่ () พี่/น้อง
 () ภรรยา/สามี () อื่นๆ (ระบุ)
 () บุตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาว่าท่านพึงพอใจในบริการที่ได้รับขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด เพียง 1 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งที่ท่านได้รับน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล	✓				

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่า ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ					
1. ท่านได้รับความรู้จากการสอน/สาธิต /ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ					
2. ท่านได้รับความรู้/คำแนะนำในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะลิ้มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ					
3. ท่านได้รับการสอน/สาธิต/ฝึกปฏิบัติ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6 ด้าน					
3.1 การดูแลให้อาหารทางปาก หรือการให้อาหารทางสายยาง					
3.2 การดูแลทางเดินหายใจ					

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ					
3.3 การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การแปรงฟัน สระผม					
3.4 การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ และข้อติดแข็ง					
3.5 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน					
3.6 การดูแลด้านการขับถ่ายและการแก้ไขปัญหามือเกิดท้องผูก ท้องเสีย รวมทั้งเมื่อมีปัสสาวะคั่ง					
ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการที่ได้รับ					
4. ท่านได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลระบบหายใจ					
5. ท่านได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่ โดยมีการตรวจเยี่ยมข้างเตียงผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลระบบหายใจร่วมกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง					
6. ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพกลุ่มเดิม ได้แก่ แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลระบบหายใจ ในทุกช่วงเวลา					
7. ท่านได้รับการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกันจากบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ					
8. ท่านได้รับความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลระบบหายใจ					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านการทำงานของบุคลากร					
9. มีความรู้ ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญ ตามสาขาของตน					
10. แสดงความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่					
11. มีความกระตือรือร้น และช่วยเหลือทันทีเมื่อท่านขอความช่วยเหลือ					
12. มีมนุษยสัมพันธ์ดี พุดจาสุภาพ และมีบุคลิกภาพเหมาะสม					
13. ปฏิบัติหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง					
ด้านอุปกรณ์					
14. เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา/อุปกรณ์การแพทย์ มีเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ					
15. เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา/อุปกรณ์การแพทย์มีความทันสมัย					
16. มีการตรวจเช็คเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา/อุปกรณ์การแพทย์ ทุกครั้งก่อนใช้งาน					
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ					
17. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย และการเตรียมอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น แปรง สบู่ แปร่ง สีฟัน ยาสีฟัน ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย					
18. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือดและการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจทางรังสีด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง					
19. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ และแผนการดูแลการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาล					
ด้านการดูแลให้บริการตามสิทธิ์					
20. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการติดต่อสิทธิบัตร เช่น การเตรียมเอกสาร พรบ.รท, บัตร 30 บาท, บัตรประกันสังคม และขั้นตอนการติดต่อสิทธิบัตร ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย หรือเมื่อท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลได้ช่วยเหลือ โดยส่งท่านไปปรึกษาหน่วยสังคมสงเคราะห์					

4. แบบประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้ใช้วัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน โดยให้คะแนนตามระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรม
ประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน กรุณาใช้ปากกาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
() ที่ตรงกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจดังนี้

- 0 หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและไม่สามารถ
ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
- 1 หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องบางส่วน และสามารถ
ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
บางส่วน
- 2 หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถ
ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
ครบถ้วน

ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	ระดับความสามารถของญาติผู้ดูแล		
	2	1	0
1. บริหารข้อต่าง ๆ ของร่างกาย ข้อละ 10-15 ครั้ง วันละ 2 รอบ เช้า – เย็น	✓		

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 2 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการในการบริหารข้อต่าง ๆ ของ
ร่างกายได้ถูกต้องครบถ้วนและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ข้อคำถาม	ระดับความสามารถของญาติผู้ดูแล		
	2	1	0
การดูแลด้านการให้อาหารและน้ำ			
1. ก่อนให้อาหารจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา หรือทำนั่ง			
2. การดูแลให้อาหาร <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ดูแลให้รับประทานอาหาร หรือป้อนอาหารอย่างช้า ๆ ไม่เร่งระวังการสำลักและดูแลให้น้ำอย่างเพียงพอ 1,500-2,000 ซีซี/วัน ● กรณีให้อาหารทางสายยาง สามารถทดสอบก่อนให้อาหาร ให้อาหารทางสายยางช้า ๆ และไม่มีอากาศเข้าขณะให้อาหาร และหยุดให้อาหารทันทีเมื่อผู้ป่วย ไอ จาม สำลักขณะให้อาหาร เมื่อให้อาหารแล้วควรให้น้ำตาม 50 ซีซี 			
3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง 30 องศาอย่างน้อย 30 นาที หลังรับประทานอาหาร/หลังให้อาหาร			
4. ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ได้ปริมาณอาหารถูกต้องและครบทุกมื้อ			
การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ			
5. การดูดเสมหะ <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีไม่ใส่ท่อเจาะคอ เมื่อมีเสมหะ เคาะปอด และดูดเสมหะทางปาก ทุกครั้ง ● กรณีมีท่อเจาะคอ เมื่อมีเสมหะ เคาะปอด ดูดเสมหะในท่อเจาะคอใช้เวลา 5-10 วินาที และดูดเสมหะอย่างถูกวิธีตามหลักปราศจากเชื้อ 			
6. กระตุ้นให้หายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ จัดท่าศีรษะสูง และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชม. เพื่อให้ปอดขยาย			

ข้อคำถาม	ระดับความสามารถของญาติผู้ดูแล		
	2	1	0
การดูแลทางเดินหายใจ/การดูแลเสมหะ			
7. ประเมินลักษณะของอาการเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนได้ ได้แก่ ไอมีเสมหะในลำคอ หายใจไม่สะดวก หายใจหอบเหนื่อย อาจทำให้ซึมลง ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว			
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เคาะปอด ดูแลเสมหะทันทีที่มีอาการในข้อ 7			
9. การดูแลความสะอาด <ul style="list-style-type: none"> • กรณีมีท่อเจาะคอ ทำความสะอาดท่อภายในอย่างถูกวิธีวันละ 2 ครั้ง, ทำแผลคอวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็นและแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หรือก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ (หลังดูแลเสมหะ) • กรณีไม่มีท่อเจาะคอ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ 			
การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล			
10. เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย และเปลี่ยนเสื้อผ้าวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น			
11. เช็ดตัวให้ผู้ป่วยได้สะอาดโดยเริ่มจากใบหน้า ลำตัว ด้านหน้าอวัยวะสืบพันธุ์โดยเปลี่ยนน้ำเมื่อเช็ดด้านหน้า และอวัยวะสืบพันธุ์ เรียบร้อยแล้วและเช็ดตัวด้านหลังตามลำดับ			
12. สระผมให้ผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งและตามความเหมาะสม			
การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
การป้องกันแผลกดทับ			
13. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และจัดท่านอนที่เหมาะสม			
14. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยจับผ้าวางเตียงหรือผ้าปูเตียงแล้วยกผู้ป่วยแทนการดึง หรือลาก			

ข้อคำถาม	ระดับความสามารถของญาติผู้ดูแล		
	2	1	0
การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
15. ดูแลผู้ป่วยที่นอนให้เรียงเตียงเสมอ เพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างผิวหนังกับผ้าปูที่นอน			
16. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยเวลาพลิกตะแคงตัวหรือเวลาทำความสะอาดร่างกายทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก			
17. การดูแลผิวหนัง <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใช้แผ่นรองขับบริเวณที่เปียกชื้น และเปลี่ยนทำความสะอาดทุกครั้งที่ขับถ่าย โดยซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม แล้วทาผิวหนังบริเวณที่ต้องสัมผัสกับส้วม/อุจจาระด้วยวาสลีนหรือครีมบำรุงทุกครั้ง ● กรณีผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ แต่เคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปห้องน้ำ หรือจัดหมอนอน/กระบอกลบส้วมไว้ข้างเตียงผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมการขับถ่ายด้วยตนเองโดยผู้ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม 			
18. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ประกอบด้วยโปรตีน วิตามินเอ วิตามินซี และธาตุเหล็ก เพื่อส่งเสริมการสร้าง และซ่อมแซมเนื้อเยื่อ			
19. การป้องกันข้อติดแข็ง <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกแรงได้เลย ผู้ดูแลบริหารข้อต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทำท่าละ 10-15 ครั้ง ต่อทิศทาง การเคลื่อนไหวของข้อ แต่ครั้งทำค้างไว้นานครั้งละ 15-30 วินาที ทำวันละ 2 รอบ เข้า-เย็น 			

ข้อคำถาม	ระดับความสามารถของญาติผู้ดูแล		
	2	1	0
การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
<p>19. การป้องกันข้อติดแข็ง</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยที่สามารถออกแรงได้บ้าง ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกแรงทำการเคลื่อนไหวเพื่อบริหารข้อต่างๆ ของร่างกายด้วยตนเองให้มากที่สุด แล้วผู้ดูแลช่วยขยับข้อหรือดัดข้ออย่างนุ่มนวลจนสุดมุมการเคลื่อนไหวปกติของข้อ/กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงทุก 2 ชั่วโมง หรือลุกจากเตียงอย่างน้อยแฉะครั้ง 			
การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน			
20. ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบอากาศถ่ายเทได้สะดวก เหมาะสมกับการพักผ่อน			
21. สามารถประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติได้ ได้แก่ ผู้ป่วยหลับตลอดเวลา ปลุกไม่ค่อยตื่น หรือหลับทั้งวันทั้งคืน หรือไม่หลับ พุดเพื่อ เอะอะ กระสับกระส่าย			
การดูแลด้านการขยับถ่าย			
22. สามารถประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติได้ เช่น ถ่ายดำ /ถ่ายเหลวเป็นน้ำ /มีมูก/ท้องผูก (ไม่ถ่ายอุจจาระอย่างน้อย 3 วัน)			
<p>23. สามารถแก้ปัญหาท้องผูกโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดอาหารที่มีกากใยเพิ่มในมื้ออาหาร ให้น้ำอุ่นแทนน้ำธรรมดาในมื้ออาหารและระหว่างมื้อ ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ทำการสวนอุจจาระให้ผู้ป่วย 			

ข้อคำถาม	ระดับความสามารถของญาติผู้ดูแล		
	2	1	0
การดูแลด้านการขับถ่าย			
<p>24. สามารถประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน/มีกลิ่นเหม็น/สีน้ำตาลเข้ม/สีแดง ● ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 240 ซีซี/8 ชม. มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะจนต้องน้อยไปงตั้ง 			
<p>25. สามารถแก้ปัญหาเมื่อปัสสาวะค้างโดยจัดทำศิระสูง กิ่งนั่งวางถุงเย็บที่ท้องน้อย และราดน้ำบนอวัยวะสืบพันธุ์</p>			

5. เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดูแลกิจกรรมประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของญาติผู้ดูแล

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
1. การดูแลด้านการให้อาหารและน้ำ	<p>1. ก่อนให้อาหารจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา หรือทำนั่ง</p> <p>2. การดูแลให้อาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> • กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ดูแลให้รับประทานอาหาร หรือป้อนอาหารอย่างช้า ๆ ไม่เร่ง ระวังการสำลักและดูแลให้น้ำอย่างเพียงพอ 1,500-2,000 ซีซี/วัน • กรณีให้อาหารทางสายยาง สามารถทดสอบก่อนให้อาหาร ให้อาหารทางสายยางช้า ๆ และไม่มีอากาศเข้าขณะให้อาหาร และหยุดให้อาหารทันทีเมื่อผู้ป่วย ไอ จาม สำลักขณะให้อาหาร เมื่อให้อาหารแล้วควรให้น้ำตาม 50 ซีซี 	<p>บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน</p> <p>บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน</p>	<p>บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน</p> <p>บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน</p>	<p>บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้</p> <p>บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้</p>

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
1. การดูแลด้านการให้ อาหารและน้ำ	3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง 30 องศา อย่างน้อย 30 นาที หลังรับประทานอาหาร/ หลังให้อาหาร	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	4. ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ได้ปริมาณอาหารถูกต้องและครบทุกมื้อ	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
2. การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ	5. การดูดเสมหะ <ul style="list-style-type: none"> • กรณีไม่ใส่ท่อเจาะคอ เมื่อมีเสมหะ เกาะปอด และดูดเสมหะทางปาก ทุกครั้ง • กรณีมีท่อเจาะคอ เมื่อมีเสมหะ เกาะปอด ดูดเสมหะในท่อเจาะคอใช้เวลา 5-10 วินาที และดูดเสมหะอย่างถูกวิธีตามหลักปราศจากเชื้อ 	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	6. กระตุ้นให้หายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ จัดท่าศีรษะสูง และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชม. เพื่อให้ปอดขยาย	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
2. การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ	7. ประเมินลักษณะของอาการเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนได้ ได้แก่ ไอมีเสมหะในลำคอ หายใจไม่สะดวก หายใจหอบเหนื่อย อาจทำให้ซึมลง ปลายมือปลายเท้าซีด เจียว	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เคาะปอด ดูดเสมหะทันทีที่มีอาการในข้อ 7	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	9. การดูแลความสะอาด <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีมีท่อเจาะคอ ทำความสะอาดท่อภายในอย่างถูกวิธี วันละ 2 ครั้ง, ทำแผลคอวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็นและแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หรือก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ (หลังดูดเสมหะ) ● กรณีไม่มีท่อเจาะคอ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ 	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
3. การดูแลด้านสุข วิทยาส่วนบุคคล	10. เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย และเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้
	11. เช็ดตัวให้ผู้ป่วยได้สะอาดโดยเริ่มจากใบหน้า ลำตัวด้านหน้าอวัยวะสืบพันธุ์ โดยเปลี่ยนน้ำเมื่อ เช็ดด้านหน้าและอวัยวะสืบพันธุ์ เรียบร้อยแล้ว และเช็ดตัวด้านหลัง ตามลำดับ	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้
	12. สระผมให้ผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งและ ตามความเหมาะสม	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้
4. การดูแลด้านการ ป้องกันภาวะ แทรกซ้อน	การป้องกันแผลกดทับ 13. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และจัดท่านอนที่ เหมาะสม	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
4. การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	14. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยจับผ้าขวางเตียงหรือผ้าปูเตียง แล้วยกผู้ป่วยแทนการดึง หรือลาก	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้
	15. ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเสมอ เพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างผิวหนังกับผ้าปูที่นอน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้
	16. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยเวลาพลิกตะแคงตัว หรือเวลาทำความสะอาดร่างกายทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้
	17. การดูแลผิวหนัง <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใช้แผ่นรองซับบริเวณที่เปียกชื้น และเปลี่ยนทำความสะอาดทุกครั้งที่ขับถ่าย โดยซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม แล้วทาผิวหนังบริเวณที่ต้องสัมผัสกับส้วม/อุจจาระ ด้วยวาสลีนหรือครีมบำรุงทุกครั้ง 	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติ ได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และ ปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
4. การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	<p>17. การดูแลผิวหนัง (ต่อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • กรณีผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ แต่เคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปห้องน้ำ หรือจัดหมอนนอน/กระบอกปัสสาวะไว้ข้างเตียงผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมการขับถ่ายด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม <p>18. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ประกอบด้วย โปรตีน วิตามินเอ วิตามินซี และธาตุเหล็ก เพื่อส่งเสริมการสร้าง และซ่อมแซมเนื้อเยื่อ</p>	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
4. การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	<p>19. การป้องกันข้อติดแข็ง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกแรงได้เลย ผู้ดูแลบริหารข้อต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทำท่าละ 10-15 ครั้ง ต่อทิศทาง การเคลื่อนไหวของข้อ แต่ละครั้งทำค้างไว้นานครั้งละ 15-30 วินาที ทำวันละ 2 รอบ เข้า-เย็น ● ผู้ป่วยที่สามารถออกแรงได้บ้าง ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกแรงทำการเคลื่อนไหวเพื่อบริหารข้อต่าง ๆ ของร่างกายด้วยตนเองให้มากที่สุดแล้ว ผู้ดูแลช่วยขยับต่อหรือดัดข้ออย่างนุ่มนวลจนสุดมุมการเคลื่อนไหวปกติของข้อ/กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงทุก 2 ชั่วโมง หรือลุกจากเตียงอย่างน้อยวันละครั้ง 	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
5. การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน	20. ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบอากาศถ่ายเทได้สะดวกเหมาะสมกับการพักผ่อน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	21. สามารถประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติได้ ได้แก่ ผู้ป่วยหลับตลอดเวลา ปลุกไม่ค่อยตื่นหรือหลับทั้งวันทั้งคืน หรือไม่หลับ พูดเพื่อเอะอะ กระสับกระส่าย	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
6. การดูแลด้านการขยับถ่าย	22. สามารถประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติได้ เช่น ถ่ายดำ /ถ่ายเหลวเป็นน้ำ /มีมูก/ท้องผูก (ไม่ถ่ายอุจจาระอย่างน้อย 3 วัน)	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้

การดูแล	กิจกรรม	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย		
		2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
6. การดูแลด้าน การขับถ่าย	23. สามารถแก้ปัญหาท้องผูกโดย <ul style="list-style-type: none"> ● จัดอาหารที่มีกากใยเพิ่มในมื้ออาหาร ● ให้น้ำอุ่นแทนน้ำธรรมดาในมื้ออาหารและระหว่างมื้อ ● ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ทำการสวนอุจจาระให้ผู้ป่วย 	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	24. สามารถประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ● ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน/มีกลิ่นเหม็น/สีน้ำล้างเนื้อ/สีแดง ● ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 240 ซีซี/8 ชม. ● มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะจนท้องน้อยโป่งตึง 	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้
	25. สามารถแก้ปัญหาเมื่อปัสสาวะคั่งโดยจัดทำ ศิรษะสูงกึ่งนั่งวางถุงเย็บที่ท้องน้อย และรดน้ำ บนอวัยวะสืบพันธุ์	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน	บอกวิธีการดูแลและปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	บอกไม่ได้และปฏิบัติไม่ได้

6. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ (จำนวน 5 ข้อ)

คำชี้แจง: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ขอให้ท่านอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () พร้อมทั้งระบุคำตอบที่ตรง กับความจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ (ระบุ).....ปี

2. เพศ ชาย หญิง

3. ระดับการศึกษา อนุปริญญา/ป ว ศ. ปริญญาโท
 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปริญญาเอก

4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน..... ปี

5. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์
 พยาบาลปฏิบัติการ เภสัชกร
 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หน่วยดูแลระบบหายใจ
 นักกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาว่าท่านพึงพอใจในสิ่งที่ท่านประสบขณะใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีใน ระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด เพียง 1 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมาก

คะแนน 3 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อย

คะแนน 1 หมายถึง สิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
การประสานงานกับทีมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง	✓				

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่า ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุดในการประสานงานกับทีมสุขภาพที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านคุณภาพของผลงาน					
1. แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้จริง					
2. กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพมีความชัดเจน					
3. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีความชัดเจน					
4. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย					
5. การทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพสูงขึ้นและกระบวนการดูแลรักษามีความรวดเร็ว ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย					
6. มีการประเมินสภาพผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง					
7. การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสมทั้ง ภาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านคุณภาพของผลงาน					
8. ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ					
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม					
9. การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ					
10. การประสานงานระหว่างแผนก/หน่วยงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย					
11. การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ					
12. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย					
13. การยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ					
ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม					
14. การปฏิบัติกิจกรรมไม่ซ้ำซ้อนกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ					
15. แต่ละวิชาชีพมีอิสระในการดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย					
ด้านความต่อเนื่องของการบริการ					
16. ความต่อเนื่องของการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ					
17. ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย					
18. มีการประเมินผลและติดตามการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บรรลุเป้าหมาย					
19. ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างทันที่					
ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม					
20. การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม					
21. เกิดการประสานงานเพื่อให้ได้มาซึ่งเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
22. การใช้ศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่					
23. การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ					

ภาคผนวก ฉ
ตารางทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรตาม

ตาราง ฉ1

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยรวม 10 กิจกรรม	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็น โ้คง
กลุ่มควบคุม	$0.303/0.512 = 0.59$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-0.442/0.512 = -0.86$	ปกติ

ตาราง ฉ2

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและ
ความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็น โ้คง
ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ		
กลุ่มควบคุม	$-0.272/0.512 = -0.53$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	constant value	ไม่มีการกระจายของข้อมูล
ด้านการดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ		
กลุ่มควบคุม	$0.682/0.512 = 1.33$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.251/0.512 = -2.44$	ปกติ
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล		
กลุ่มควบคุม	$-0.955/0.512 = -1.87$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	constant value	ไม่มีการกระจายของข้อมูล

ตาราง น2 (ต่อ)

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแล กิจกรรมประจำวันและความสามารถในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูล เป็นโค้ง
ด้านการดูแลการนอนหลับ		
กลุ่มควบคุม	$-0.549/0.512 = -1.07$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-0.681/0.512 = -1.33$	ปกติ
ด้านการดูแลการจับถ่าย		
กลุ่มควบคุม	$0.257/0.512 = 0.50$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$0.469/0.512 = 0.92$	ปกติ
การดูแลกิจกรรมประจำวันโดยรวม		
กลุ่มควบคุม	$-0.156/0.512 = -0.31$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$0.395/0.512 = 0.77$	ปกติ
การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน		
กลุ่มควบคุม	$0.122/0.512 = 0.24$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-2.888/0.512 = -5.64$	ไม่ปกติ

ตาราง น3

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูล เป็นโค้ง
กลุ่มควบคุม	$-4.472/0.512 = -8.73$	ไม่ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-0.590/0.512 = -1.15$	ปกติ

ตาราง น4

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจ	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูล เป็น โ้ตัง
ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ		
กลุ่มควบคุม	$-0.407/0.512 = -0.79$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.991/0.512 = -3.89$	ไม่ปกติ
ด้านการประสานงานการบริการ		
กลุ่มควบคุม	$-0.249/0.512 = -0.49$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.055/0.51 = -2.60$	ปกติ
ด้านอัยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ		
กลุ่มควบคุม	$-1.228/0.512 = -2.40$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.771/0.512 = -3.46$	ไม่ปกติ
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ		
กลุ่มควบคุม	$-0.637/0.512 = -1.24$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-0.379/0.512 = -0.74$	ปกติ
ด้านคุณภาพการบริการ		
กลุ่มควบคุม	$-0.894/0.512 = -1.75$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.726/0.512 = -3.37$	ไม่ปกติ
ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน		
กลุ่มควบคุม	$-0.682/0.512 = -1.33$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.074/0.512 = -2.10$	ปกติ

ตาราง น5

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความพึงพอใจของผู้ดูแล

ความพึงพอใจ	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูล เป็น โคนิ่ง
ด้านการได้รับความรู้และการปฏิบัติ		
กลุ่มควบคุม	$0.008/0.512 = 0.02$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-2.306/0.512 = -4.50$	ไม่ปกติ
ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของ บริการที่ได้รับ		
กลุ่มควบคุม	$-1.400/0.512 = -2.73$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.426/0.512 = -2.79$	ปกติ
ด้านการทำงานของบุคลากร		
กลุ่มควบคุม	$-1.232/0.512 = -2.41$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.519/0.512 = -2.97$	ปกติ
ด้านอุปกรณ์		
กลุ่มควบคุม	$-1.944/0.512 = -3.80$	ไม่ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-2.946/0.512 = -5.75$	ไม่ปกติ
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ		
กลุ่มควบคุม	$-1.109/0.512 = -2.17$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.737/0.512 = -3.39$	ไม่ปกติ
ด้านการดูแลให้ได้รับบริการตาม สิทธิ์		
กลุ่มควบคุม	$-0.627/0.512 = -1.23$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-4.472/0.512 = -8.73$	ไม่ปกติ
ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน		
กลุ่มควบคุม	$-1.179/0.512 = -2.30$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.973/0.512 = -3.85$	ไม่ปกติ

ตาราง น6

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ความพึงพอใจ	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูล เป็น โ้คง
ด้านคุณภาพของผลงาน		
กลุ่มควบคุม	$0.514/0.512 = 0.10$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.217/0.512 = -2.38$	ปกติ
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม		
กลุ่มควบคุม	$0.272/0.512 = 0.53$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-0.876/0.512 = -1.71$	ปกติ
ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม		
กลุ่มควบคุม	$0.000/0.512 = 0.00$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.423/0.512 = -2.78$	ปกติ
ด้านความต่อเนื่องของการบริการ		
กลุ่มควบคุม	$0.513/0.512 = 1.04$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-2.000/0.512 = -3.91$	ไม่ปกติ
ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม		
กลุ่มควบคุม	$0.225/0.512 = 0.44$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.942/0.512 = -3.79$	ไม่ปกติ
ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน		
กลุ่มควบคุม	$0.458/0.512 = 0.89$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$-1.156/0.512 = -2.26$	ปกติ

ตาราง น7

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ค่ารักษาพยาบาล	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็น โ้คง
กลุ่มควบคุม	$1.229/0.512 = 2.40$	ปกติ
กลุ่มทดลอง	$0.000/0.512 = 0$	ปกติ

ภาคผนวก ข

ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตาราง ข1

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 40$)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>		
ด้านการประสานงานการ บริการ	16.95 (2.37)	19.30 (0.98)	-4.10	<.001
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ	21.65 (2.88)	23.10 (1.86)	-1.56	.12

หมายเหตุ: $df = 38$

ตาราง ข2

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (*Mean Rank*) ค่าพิสัยควอไทล์ (*Interquartile Range [IQR]*) ความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแมนวิตนีย์ ยู ($N = 40$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>Mean Rank (IQR)</i>	<i>Mean Rank (IQR)</i>		
ด้านความสะดวกที่ได้รับ จากการบริการ	14.23 (6)	26.78 (1)	-3.51	< .001
ด้านอรรถศาสตร์และความ สนใจของผู้ ให้บริการ	16.95 (3.75)	24.05 (0.75)	-2.12	0.03
ด้านคุณภาพของบริการ	14.30 (4.25)	26.70 (1.75)	-3.44	0.01

หมายเหตุ IQR= Interquartile Range

ตาราง ข3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจรายด้านของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 40$)

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>		
ด้านความต่อเนื่องครบถ้วน ของบริการที่ได้รับ	22.15 (1.73)	23.80 (3.07)	-2.10	.04
ด้านการทำงานของบุคลากร	22.10 (2.86)	24.35 (1.23)	-3.23	.003

หมายเหตุ: df = 38

ตาราง ข4

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (*Mean Rank*) ค่าพิสัยควอไทล์ (*Interquartile Range [IQR]*) ความพึงพอใจรายด้านของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู ($N = 40$)

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>Mean Rank (IQR)</i>	<i>Mean Rank (IQR)</i>		
ด้านการได้รับความรู้ และการปฏิบัติ	12.75 (8)	28.25 (1)	-4.34	< .001
ด้านอุปกรณ์	17.00 (2)	24.00 (0)	-2.19	.03
ด้านข้อมูลที่ได้รับจาก บริการ	16.05 (2.75)	24.95 (1)	-2.50	.01
ด้านการดูแลให้รับ บริการตามสิทธิ์	15.90 (1)	25.10 (0)	-3.18	.001

หมายเหตุ IQR= Interquartile Range

ตาราง ข5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจรายด้านของทีมนิสิตสาขา
วิชาชีพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 40$)

ความพึงพอใจของทีมนิสิตสาขา วิชาชีพ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Independent t test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>M(SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
ด้านคุณภาพของผลงาน	30.55 (5.49)	37.85 (2.96)	-5.23	< .001
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม	19.10 (3.95)	23.55 (1.54)	-4.70	< .001
ด้านความไม่เข้าซ้อนของกิจกรรม	8.00 (1.34)	9.55 (0.83)	-4.41	< .001

หมายเหตุ: df = 38

ตาราง ข6

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (*Mean Rank*) ค่าพิสัยควอไทล์ (*Interquartile Range [IQR]*)
ความพึงพอใจรายด้านของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู
($N = 40$)

ความพึงพอใจของทีมนิสิตสาขา วิชาชีพ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z test	p-value
	(n = 20)	(n = 20)		
	<i>Mean Rank (IQR)</i>	<i>Mean Rank (IQR)</i>		
ด้านความต่อเนื่องของการ บริการ	12.85(6)	28.15 (0.75)	-4.35	< .001
ด้านการใช้ทรัพยากรที่ เหมาะสม	12.83 (6)	28.18 (1)	-4.24	< .001

หมายเหตุ IQR= Interquartile Range

ภาคผนวก ข

ผลความแปรปรวนภายใน 14 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม	ความแปรปรวน
คนที่ 2	แผลผ่าตัดหน้าท้องติดเชื้อ day 12
คนที่ 5	ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ day 7
คนที่ 6	แผลผ่าตัดแขนซ้ายติดเชื้อ day 8
คนที่ 7	แผลผ่าตัดหน้าท้องติดเชื้อ day 13
คนที่ 8	เลื่อนผ่าตัด
คนที่ 10	แผลผ่าตัดแขนซ้ายติดเชื้อ day 13 แผลกดทับ day 7
คนที่ 14	แผลผ่าตัดขาซ้ายติดเชื้อ day 7
คนที่ 15	แผล stump ขาขวาติดเชื้อ day 12
คนที่ 18	ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ day 8

ภาคผนวก ฅ

เอกสารรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

AF/17-03/01.1



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: REC: 58-033-19-9
 ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและญาติผู้ดูแล
 ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): Effect of Nursing Case Management on Ability of Daily Living and Preventing Complications among Patients with Multiple Trauma and Their Caregivers
 ผู้วิจัยหลัก: น.ส. ดวงมล สุวรรณมณี สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา: 1.ผศ.ดร. วิภา แซ่ซื่อ สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา: 2.รศ. ดร. ประเมียด ส่งวัฒนา สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 ฉบับลงวันที่ 19 มีนาคม 2558
2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน 2.0 ฉบับลงวันที่ 19 มีนาคม 2558
3. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร เวอร์ชัน 2.0 ฉบับลงวันที่ 19 มีนาคม 2558
4. เอกสารแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร เวอร์ชัน 2.0 ฉบับลงวันที่ 19 มีนาคม 2558
5. แบบเก็บข้อมูล
6. ประวัติผู้วิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP) โดยให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 12 เดือน

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง: 7 เมษายน 2558

วันหมดอายุ: 6 เมษายน 2559

สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 15 ต.กาญจนนาถ 8.ภาคใต้ จ.สงขลา 90110
 โทรศัพท์ 0-7445-1149, 0-7445-1157
 โทรสาร 0-7421-2900

ภาคผนวก ญ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง โอสรี อัครบวร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชคณิต แพรขาว	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. พ.ว. ขนิษฐา อรัญคร	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวดวงกมล สุวรรณ	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610421018	
วุฒิการศึกษา		
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน
	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
		ปีที่สำเร็จการศึกษา
		2543

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

ทุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ ที่ไม่ใช่อาจารย์ ประจำปีการศึกษา 2556

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

ทุนในการนำเสนอผลงานของสถานวิจัยระบบการดูแลและเยียวยาผู้บาดเจ็บ ถูกเงินและสาธารณภัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การเผยแพร่ผลงาน

การนำเสนอด้วยโปสเตอร์ (poster presentation) เรื่อง “รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ต่อความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและญาติผู้ดูแล” ในงานการประชุมวิชาการ “แนวโน้มใหม่ในการดูแลและเยียวยาผู้บาดเจ็บและถูกเงินสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง” วันที่ 4-6 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมไจมอนด์ ปลายา สงขลา

การนำเสนอด้วยปากเปล่า “Activities of Daily Living in Patients with Multiple Traumatic Injuries” ในงานการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ “The 1st Udayana International Nursing Conference Global Health; Nursing Perspective” วันที่ 6-8 พฤศจิกายน 2558 ณ Nursing Department of Udayana University Indonesian

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฝ่ายบริการพยาบาล

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา