

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยศึกษาการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์หัวหน้าหอผู้ป่วย และนักกายภาพบำบัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างละ 1 คน และพยาบาลปฏิบัติการ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 5 คน รวม 13 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2553 ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบคำบรรยาย และตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการศึกษาด้านโครงสร้างในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการศึกษาด้านกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการศึกษาด้านผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นผู้ศึกษาได้นำเสนอข้อมูล ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทีมสหภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาล แพทย์ และนักกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ และผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ ในกลุ่มของทีมสหสาขาวิชาชีพจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การรับฟังการอบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ จำนวนครั้งที่รับการอบรม และรับการอบรมเมื่อปี ผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการให้การดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ และ

ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะจำแนกตามเพศ อายุ สาเหตุการเข้ารับการรักษา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การพักอาศัย แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิในการรักษาพยาบาล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1-4



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพ (พยาบาล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 4 คน อายุอยู่ระหว่าง 24-37 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 3 คน จบการศึกษา ในระดับปริญญาตรีทั้ง 5 คน รับราชการ จำนวน 4 คน ส่วนอีก 1 คน เป็นพนักงานของรัฐ อายุในการปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 3 คน อีก 2 คน ปฏิบัติงานระหว่าง 11-15 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 คน ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บ และบาดเจ็บศีรษะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ การฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บ และบาดเจ็บศีรษะ (n=5)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	4
อายุ	
20-29 ปี	1
30-39 ปี	4
(range = 24-37 ปี, $\bar{X} = 31.6$, S.D. = 5.22)	
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	3
หย่า หรือแยกกันอยู่	1
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	5
สถานภาพการทำงาน	
ข้าราชการ	4
พนักงานของรัฐ	1
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	
6-10 ปี	3
11-15 ปี	2
(range = 3-12 ปี, $\bar{X} = 13$, S.D. = 6.16)	
การฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บและบาดเจ็บศีรษะ	
ไม่เคย	5

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพ (สหสาขาวิชาชีพ) ที่ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพในการศึกษาจำนวน 3 คน ครั้งนี้ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ และนักกายภาพบำบัด มีอายุระหว่าง 34-54 ปี มีสถานภาพโสด จำนวน 2 คน ทั้ง 3 คน จบการศึกษาในระดับปริญญาโท คือ แพทย์จบการศึกษาเฉพาะทางแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ อีก 2 คน จบการศึกษาในระดับมหบัณฑิต และรับราชการทั้งหมด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน มีเพียงแพทย์ที่มีอายุการปฏิบัติงาน 1 ปี และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บ และบาดเจ็บศีรษะ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพ(สหสาขาวิชาชีพ) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บ และบาดเจ็บศีรษะ ($n=3$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	2
อายุ	
30-39 ปี	1
40-49 ปี	1
50-59 ปี	1
(range = 34-54 ปี, $\bar{X} = 43$, S.D. = 6.42)	
สถานภาพสมรส	
โสด	2
คู่	1
ระดับการศึกษา	
ปริญญาโท	3
สถานภาพการทำงาน	
ข้าราชการ	3
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	
1 -9 ปี	1
10- 19 ปี	2
การฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บและ	
บาดเจ็บศีรษะ	
ไม่เคย	3

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

จากข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน อายุอยู่ระหว่าง 37-59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 3 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน ทำอาชีพเกษตรกร จำนวน 3 คน มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,000-3,000 บาท จำนวน 2 คน 3,001-4,000 บาท จำนวน 1 คน 4,001-5,000 บาท จำนวน 1 คน และมากกว่า 5,000 บาท จำนวน 1 คน ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุ 2 คน และภรรยาของผู้สูงอายุ 2 คน 1 คน เป็นหลาน ซึ่งระยะเวลาในการดูแลขณะพักรักษาตัวอยู่ระหว่าง 1-5 วัน จำนวน 3 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระยะเวลาที่ให้การดูแลในโรงพยาบาล ($n=5$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	3
หญิง	2
อายุ	
30-39 ปี	1
40-49 ปี	1
50-59 ปี	3
(range = 37-59 ปี, $\bar{X} = 50$, S.D.= 6.13)	
สถานภาพการสมรส	
คู่	3
หม้าย	1
หย่า หรือแยกกัน	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	4
มัธยมศึกษา	1
อาชีพ	
เกษตรกรกรรม	3
รับจ้าง	1
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	1
รายได้	
2,000-3,000 บาท	2
3,001-4,000 บาท	1
4,001-5,000 บาท	1
5,000 บาทขึ้นไป	1
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	
บุตร	2
ภรรยา	2
หลาน	1
ระยะเวลาที่ให้การดูแลในโรงพยาบาล	
1-5 วัน	3
6-10 วัน	1
> 10 วัน	1

1.4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ เป็นเพศชาย จำนวน 4 คน มีอายุระหว่าง 61-84 ปี สาเหตุการเข้ารับการรักษาจากการหกล้ม จำนวน 4 คน อีก 1 คน จากอุบัติเหตุจราจร กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีสถานภาพโสด จำนวน 2 คน มีการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 3 คน มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน สามิ/ภรรยา 4 คน มีเพียง 1 คนที่อยู่เพียงลำพัง กลุ่มตัวอย่างมีรายได้จากเบี้ยยังชีพ จำนวน 4 คน มีเพียง 1 คน ที่มีรายได้จากเงินบำนาญ และพบว่ามีจำนวน 3 คน ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ปวยสูงอายุ ทั้ง 5 คน เข้ารับการรักษาโดยใช้สิทธิจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ สาเหตุของการเข้ารับการรักษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิในการรักษาพยาบาล ($n=5$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	4
หญิง	1
อายุ	
60-69 ปี	4
70-79 ปี	-
≥ 80 ปี	1
(range = 61-84 ปี, $\bar{X} = 67.6$, S.D.= 8.59)	
สาเหตุของการเข้ารับการรักษา	
หกล้ม	4
อุบัติเหตุจราจร	1
สถานภาพสมรส	
คู่	1
โสด	2
หม้าย	1
หย่า หรือแยกกันอยู่	1
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1
ประถมศึกษา	3
มัธยมศึกษา	1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
อาชีพปัจจุบัน	
เกษตรกรกรรม	1
รับจ้าง	3
ข้าราชการบำนาญ	1
ลักษณะการอยู่อาศัย	
อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน	2
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	2
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	1
แหล่งรายได้ *	
บุตร	2
การทำงาน	1
เงินบำนาญ	1
เบี้ยยังชีพ	4
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	2
ไม่เพียงพอ	3
สิทธิในการรักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการศึกษาด้านโครงสร้าง ในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

จากการศึกษาในด้านโครงสร้างการดูแลผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นปัจจัยในการสนับสนุนการดูแล ได้แก่ นโยบาย อาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อัตรากำลัง และการพัฒนาบุคลากร มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายใต้มาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในหน่วยงานให้บริการผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สำหรับผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาได้ใช้มาตรฐานการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยอื่นๆ โดยไม่มีการกำหนดนโยบายการดูแลที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะโดยตรง ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทีมสุขภาพจำนวน 6 คน มีความคิดเห็นที่คล้ายกัน คือ สมควรจะให้มีนโยบายหรือมาตรฐานในการให้การดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะเนื่องจากมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีโรคร่วม ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“น่าจะมีนโยบาย หรือมาตรฐานที่เฉพาะ ในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะ โดยตรง เพราะจะได้ดูแลได้ครอบคลุมมากขึ้น เพราะในบางครั้งในส่วนของโรคร่วมมักถูกละเลยโดยเฉพาะช่วงแรกของการรักษา การมีนโยบายที่เฉพาะจะคอยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติการดูแลได้อีกทางหนึ่ง”

ประกอบกับความแตกต่างทางด้านร่างกาย จากการผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามวัย การดูแลจึงต้องให้ความระมัดระวัง โดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม เพราะเมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวผู้สูงอายุจะมีการบาดเจ็บที่รุนแรงมากกว่าวัยอื่น

2.2 ทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วยอัตรากำลังที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ คุณสมบัติเชิงวิชาชีพ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติการดูแล การมอบหมายงานการดูแล และประกอบกับภาระงานที่ปฏิบัติมีมากจึงพบว่า

2.2.1 การจัดอัตรากำลัง โดยกลุ่มการพยาบาล ได้กำหนดอัตรากำลัง พยาบาล 1 คน ต่อจำนวนผู้ป่วย 3-5 คน หากมีผู้ป่วยมากกว่า 35 คน สามารถจัดอัตรากำลังเพิ่มได้ 1 คน โดยลงบันทึกการขออัตรากำลังเพิ่มเป็นลายลักษณ์อักษร ถึงกลุ่มการพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติจริงไม่สามารถปฏิบัติตามที่กำหนดได้ โดยการปฏิบัติจริงพยาบาล 1 คน ต่อจำนวนผู้ป่วย 7-10 คน พยาบาลบางคนต้องปฏิบัติงาน 2 เวรใน 1 วัน เป็นต้น บางครั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้รับการ

พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด การควบคุมด้านอารมณ์ของตนเอง ลดลง ส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมบริการที่ไม่ดี ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยได้กล่าวว่า

“การจัดอัตรากำลังตามกลุ่มการพยาบาลกำหนดไว้หน่วยงานสามารถจัดอัตรากำลังเพิ่มได้ ตามภารกิจหรือกรณีฉุกเฉินได้ โดยการขออนุมัติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร”

2.2.2 การจัดเสริมอัตรากำลังจากภายนอกหน่วยงาน สามารถกระทำได้ แต่ในความเป็นจริงปฏิบัติได้ยากเนื่องจากแต่ละหน่วยงานยังขาดบุคลากร ทำให้ต้องบริหารจัดการกันเองภายในหน่วยงาน ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องใช้ประสบการณ์การดูแล พยาบาลจากหน่วยงานอื่นไม่ประสงค์ที่จะมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ด้วยเหตุผลจากการขาดประสบการณ์

2.2.3 แพทย์เฉพาะทางประสาทศัลยศาสตร์ มีเพียง 3 คน แต่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ซึ่งยังไม่นับรวมผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอื่น โดยจัดการดูแลเป็นระบบของแพทย์เจ้าของไข้ พลัดเปลี่ยนกันอยู่เวร แต่การดูแล แพทย์สามารถให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ไม่ว่าผู้ป่วยคนนั้นจะมีแพทย์เจ้าของไข้กี่คน ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้านนี้ โดยแพทย์กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทมีมาก การดูแลต้องร่วมกันในการรักษาผู้ป่วย”

2.2.4 ไม่มีการมอบหมายงานที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะเนื่องจากบุคลากรมีน้อย ภาระงานมีมาก ประกอบกับไม่มีหน่วยงานหอผู้ป่วย หรือสถานที่ในการรองรับผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ โดยตรง กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 5 คน กล่าวตรงกันว่า

“ไม่มีการมอบหมายการดูแล ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ การมอบหมายงานจะแจกจ่าย การดูแลแลกสลับกันไป”

2.3 บุคลากรทีมสุขภาพได้รับการสนับสนุนในด้านความรู้ การอบรมทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ โดยการจัดหมุนเวียนเข้าร่วมรับฟังการอบรม การประชุมที่จัดขึ้นทั้งในและนอกโรงพยาบาลแล้วนำความรู้ที่ได้มาขยายต่อบุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วย แต่พบว่าไม่มีบุคลากร

คนใดที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะโดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็น การอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป หากเป็นการดูแลเฉพาะก็จะเป็นการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มอื่น เช่น การให้นมมารดาในเด็กแรกคลอด การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพจำนวน 8 คน กล่าวตรงกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ผ่านมาไม่เคยเข้าร่วมการอบรม ด้านวิชาการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะเลย จะมีก็แต่เรื่องการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ไป เป็นการนำการปฏิบัติการดูแลที่มีอยู่เดิม มาปรับใช้ใหม่”

ในส่วนของแพทย์ได้กล่าวสนับสนุนในด้านการอบรมความรู้ของบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะว่า

“ควรส่งพยาบาลไปเรียนต่อเนื่อง หรือศึกษากรณีตัวอย่างในระยะเวลาอันสั้น 3-6 เดือน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ”

2.4 วัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย เครื่องมือเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวก ที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยของทีมบุคลากรสุขภาพ แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ในส่วนนี้พบว่า

2.4.1 อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ในการอำนวยความสะดวกในการติดตามอาการผู้ป่วยมีน้อย ไม่เพียงพอ เช่น เครื่อง monitoring มีไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การพิจารณาการใช้ เครื่องมือต่างๆ ต้องคำนึงถึงความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์นั้นๆ ให้คุ้มค่า และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในแต่ละคน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทีมสุขภาพท่านหนึ่งกล่าวว่า

“การจัดลำดับของอุปกรณ์มักอยู่ในดุลพินิจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย เนื่องจากอุปกรณ์ไม่เพียงพอ”

2.4.2 อุปกรณ์ชำรุด เป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะเมื่อเกิดการชำรุดนั้นหมายถึง อุปกรณ์ขาดหายไป 1 อย่าง บุคลากรจะต้องปฏิบัติการดูแลเองโดยไม่มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการอำนวยความสะดวกและอาจเกิดความล่าช้าในการดูแล และยังพบว่าเมื่อเกิดการชำรุดเสียหายการส่งซ่อมอุปกรณ์จะใช้เวลาานานมาก

2.4.3 การจัดหาอุปกรณ์เพิ่ม เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เพราะจากการสำรวจ และการประเมินความต้องการใช้จากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน พบว่าอุปกรณ์ที่จำเป็นยังขาดอีกมาก เพราะเมื่อขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยลดน้อยลง เพราะจะต้องประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยโดยไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวก จะช้า และใช้เวลานานในการประเมินสภาพผู้ป่วยในแต่ละคน ประกอบกับการกิจของพยาบาลมีมากขึ้น ทำให้ทำงานไม่ทัน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการดูแลที่เหมาะสม และจำเป็นลดลงตามไปด้วย ซึ่งการจัดหาอุปกรณ์ หัวหน้าได้กล่าวว่า

“ในการจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์เพิ่มต้องดูถึงความจำเป็นใช้ ว่าบ่อแค่ไหน หากจัดซื้อจัดหาต้องคำนึงถึงต้นทุนด้วย โดยการเสนอขออนุมัติเป็นรายปีงบประมาณ สืบจากความต้องการของผู้ปฏิบัติ ว่าอันไหนขาดและมีความจำเป็น ก็จะเสนอไปยังกลุ่มการพยาบาลเพื่อพิจารณา”

2.5 อาคารสถานที่ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลความเพียงพอของจำนวนเตียงนอนของหน่วยงานที่สามารถให้บริการการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก หอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาทตั้งอยู่ชั้นล่างของตึก 3 ชั้น บริเวณโดยรอบ ด้านทิศเหนือและทิศตะวันออก ติดกับโรงเก็บรถจักรยานยนต์ ด้านทิศใต้เป็นที่พักญาติ ส่วนทิศตะวันตกเป็นทางเดินเท้าเข้าสู่อาคารผู้ป่วยใน พื้นที่ภายในหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยได้ 24 เตียง ส่วนด้านหน้าอาคารเป็นพื้นที่ว่างเพียงเล็กน้อยสำหรับการจัดเสริมเตียงแทรกเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยมาก การจัดผู้ป่วยลงเตียงพิจารณาจากอาการ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยที่อาการหนักจะจัดให้อยู่ใกล้สถานที่ทำงานของพยาบาล และมีอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกบางส่วนหนึ่ง เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ โดยเตียงดังกล่าวจัดไว้ 10 เตียง และถัดออกไปจะเป็นผู้ป่วยที่อาการคงที่ หรืออยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพ รอการจำหน่ายกลับ ส่วนเตียงแทรกเป็นผู้ป่วยที่รอกลับ หรือรายใหม่ที่ได้รับไว้เพื่อการสังเกตอาการระดับความรู้สึกตัว และมีผู้ดูแลคอยให้การดูแลอยู่จึงพบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

2.5.1 มีเสียงดังรบกวนตลอดเวลา เนื่องจากแต่ละทิศจะมีการใช้พื้นที่โดยบุคคล และทำให้เกิดเสียงดัง แม้ในบางครั้งจะขอความร่วมมือในการใช้เสียง พุดคุยกันเบาๆ ก็ไม่ค่อยได้ผล ส่วนโรงเก็บรถจักรยานยนต์ก็มีเจ้าหน้าที่บางคนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในการดับ และติดเครื่องนอกโรงเก็บรถ แม้จะมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยช่วยดูอีกทาง ก็ยังเกิดปัญหา เพราะดูแลได้ไม่ทั่วถึง และไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา

2.5.2 เติงผู้ป่วยติดกัน มีช่องว่างระหว่างเตียงน้อย ทำให้การเข้าออกเพื่อเยี่ยม และดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะชนกัน น่าจะจัดให้มีเตียงให้น้อยลง และเพิ่มช่องว่างระหว่างเตียงให้มากขึ้น และยังในกรณีที่ฉุกเฉิน การเข้าหาผู้ป่วยทำได้ยาก ดังคำกล่าวของผู้ดูแลผู้ดูแล 2 คน ว่า

“เตียงที่ผู้ป่วยนอนอยู่แคบ วางข้าวของไม่ได้ เตียงก็ใกล้กัน บางครั้งต้องออกมาอยู่ข้างนอน แล้วเข้าไปดูผู้ป่วยเป็นระยะ”

2.5.3 ไม่มีสถานที่ ที่เป็นสัดส่วนเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเพิ่มมากขึ้น และยังพักรักษาในหอผู้ป่วยเดียวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอื่น ทำให้เกิดการรบกวนของผู้ป่วยบ่อยๆ การจัดอาคารสถานที่ ที่ให้การดูแลเฉพาะอาจช่วยลดความแออัด และสามารถจัดพื้นที่ในการขยับขยายช่องทางเดิน สถานที่พักผู้ป่วยให้กว้างขึ้นได้ ดังบุคลากรทีมสุขภาพคนหนึ่งกล่าวว่า

“ผู้ป่วยสูงอายุยังไม่มีแยกหอผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน ยังอยู่ในหอผู้ป่วยรวม น่าจะมีหอผู้ป่วยที่เฉพาะออกไป เพราะผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะก็มีมากขึ้น”

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการศึกษาด้านกระบวนการ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

3.1 ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

ในการติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสังเกตการปฏิบัติการดูแล ผลการศึกษาดังตารางที่ 5 และ 6

3.1.1 ข้อมูลการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะจากการสอบถาม

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 5 คน ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ของการบาดเจ็บศีรษะ เป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำแนกตามการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ (n=5)

การปฏิบัติการดูแล	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
1. กรณีบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย				
1.1 บันทึกแบบประเมินของกลาสโกว(GCS) ทุก 2-4 ชั่วโมง	5	100	-	-
1.2 ตรวจดูสภาพร่างกาย บาดแผลจาก การบาดเจ็บศีรษะ	5	100	-	-
1.3 จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา	5	100	-	-
1.4 ติดตามการตรวจ Skull Film หรือ CT scan	5	100	-	-
1.5 รายงานแพทย์ทราบ เพื่อการวางแผนการรักษา	5	100	-	-
1.6 สอน แนะนำญาติในการมีส่วนร่วมประเมินอาการของผู้ป่วย	5	100	-	-
1.7 กรณีที่สังเกตอาการแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติ เตรียมการจำหน่าย ได้ให้คำแนะนำการดูแลต่อที่บ้าน	5	100	-	-
1.8 กรณีที่มีอาการแย่ลง หรือ Skull Film มี Fracture รับการรักษาต่อ โดยแจ้งญาติทราบ	5	100	-	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแล	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
2. กรณีบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง				
2.1 บันทึกแบบประเมินของกลาสโกว (GCS) ทุก 1-2 ชั่วโมง				
2.2 ตรวจสอบสภาพร่างกาย บาดแผลจากการบาดเจ็บศีรษะ	5	100	-	-
2.3 ติดตามการตรวจ Skull Film หรือ CT scan	5	100	-	-
2.4 จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา	5	100	-	-
2.5 ได้รับออกซิเจน หรือใส่ท่อช่วยหายใจ	5	100	-	-
2.6 แจ้งอาการให้ญาติรับทราบ	5	100	-	-
2.7 การติดตามประเมินความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ	5	100	-	-
2.8 การดูแลหลังพ้นภาวะวิกฤต เรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น	5	100	-	-
2.9 สอน และแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ปาก-ฟัน การเปลี่ยนเสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น	5	100	-	-
2.10 ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ช่วยสอน แนะนำการป้องกันภาวะข้อติด การฟื้นฟูสภาพ	5	100	-	-
2.11 การให้คำแนะนำการดูแลต่อผู้ป่วยที่บ้าน	5	100	-	-

3.1.2 ข้อมูลการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะจากการสังเกต

จากการสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 5 คน ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ของการบาดเจ็บศีรษะ ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะในระดับความรุนแรงเล็กน้อย ส่วนในระดับปานกลาง และรุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ไม่ได้ติดตามประเมินความดันโลหิต ชีพจร และ การหายใจ ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 20 ผลการศึกษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำแนกตามการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ (n=5)

การปฏิบัติการดูแล	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
1. กรณีบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย				
1.1 บันทึกแบบประเมินของกลาสโกว(GCS) ทุก 2-4 ชั่วโมง	5	100	-	-
1.2 ตรวจสอบสภาพร่างกาย บาดแผลจากการบาดเจ็บศีรษะ	5	100	-	-
1.3 จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา	5	100	-	-
1.4 ติดตามการตรวจ Skull Film หรือ CT scan	5	100	-	-
1.5 รายงานแพทย์ทราบ เพื่อวางแผนการรักษา				
อาการของผู้ป่วย	5	100	-	-
1.6 สอน แนะนำญาติในการมีส่วนร่วมประเมินการ	5	100	-	-
1.7 กรณีที่สังเกตอาการแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติ เตรียม				
การจำหน่าย ได้ให้คำแนะนำการดูแลต่อที่บ้าน	5	100	-	-
1.8 กรณีที่มีอาการแย่ลง หรือ Skull Film มี Fracture				
รับการรักษาต่อ โดยแจ้งญาติทราบ	5	100	-	-

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแล	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
2. กรณีบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง				
2.1 บันทึกแบบประเมินของกลาสโกว (GCS) ทุก				
1-2 ชั่วโมง	5	100	-	-
2.2 ตรวจสอบสภาพร่างกาย บาดแผลจากการบาดเจ็บศีรษะ	5	100	-	-
2.3 ติดตามการตรวจ Skull Film หรือ CT scan	5	100	-	-
2.4 จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา	5	100	-	-
2.5 ได้รับออกซิเจน หรือใส่ท่อช่วยหายใจ	5	100	-	-
2.6 แจ้งอาการให้ญาติรับทราบ	5	100	-	-
2.7 การติดตามประเมินความดันโลหิต ชีพจร และ				
การหายใจ	4	80	1	20
2.8 การดูแลหลังพ้นภาวะวิกฤต เรื่องการป้องกัน				
การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ				
การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น	5	100	-	-
2.9 สอน และแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บ				
ศีรษะเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เช่น การ				
ทำความสะอาดร่างกาย ปาก-ฟัน การเปลี่ยน				
เสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น	5	100	-	-
2.10 ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ช่วยสอน แนะนำ				
การป้องกันภาวะข้อติด การฟื้นฟูสภาพ	5	100	-	-
2.11 การให้คำแนะนำการดูแลต่อผู้ป่วยที่บ้าน	5	100	-	-

3.2 ข้อมูลการศึกษาด้านกระบวนการ จากการสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ บาดเจ็บศีรษะ

จากกระบวนการดูแลที่ให้ในผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะทั้งในส่วนแนวปฏิบัติการดูแล
ของหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำ การสอนการดูแลทั้งของพยาบาล และนักกายภาพบำบัด ยังพบว่า
มีปัญหาในด้านการกระบวนการ ดังนี้

1. ขั้นตอนในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ เมื่อเข้ารับการรักษา โดยขั้นตอน
ที่ว่าเป็นการประสานกันภายในตามที่มีการกำหนดระหว่างหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งหอผู้ป่วย
ศัลยกรรมระบบประสาทจะได้รับการประสานการรับผู้ป่วยจาก 2 แห่ง คือ จากหน่วยงานผู้ป่วยนอก จะ
รับในวันและเวลาราชการหลังการตรวจของแพทย์ และจากหน่วยงานฉุกเฉินของโรงพยาบาลโดยมาก
เป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการตรวจทันทีหลังอุบัติเหตุทั้งใน และนอกเวลาราชการ และอีกส่วนเป็นการรับ
ผู้ป่วยที่ส่งต่อการรักษามาจากโรงพยาบาลชุมชน

2. บุคลากรได้ปฏิบัติการดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน
สำหรับผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ ดังนี้

- 2.1 วันแรกของการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท
นอกจากการตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาทตามแบบประเมินของกลาสโกว เพื่อ
แยกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บแล้ว

- 2.1.1 พยาบาล ทำการซักประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้ารับการรักษา
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เปิดโอกาสในการ
ซักถามข้อสงสัย และเซ็นยินยอมรับการรักษา ทั้งจากผู้ป่วยในกรณีที่สามารให้ข้อมูลได้ และ/หรือ
จากผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยสับสน หรือไม่สามารถที่จะให้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้

- 2.1.2 ช่วยติดตามผู้ดูแลในกรณีที่ไม่มีผู้ดูแลมาด้วย และหากมีผู้ดูแลให้มีส่วน
ร่วมรับรู้กิจกรรมการดูแล

- 2.1.3 เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา หลังการประเมิน
สภาพผู้ป่วย และแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบ

- 2.1.4 ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะในวันแรกของการ
บาดเจ็บมักได้รับสารน้ำทุกคน เนื่องจากให้ทั้งอาหารและน้ำ เพื่อการสังเกตอาการทางระบบ
ประสาท และแก้ไขภาวะฉุกเฉินในกรณีที่อาการแย่งได้อย่างทันถ่วงที

2.1.5 การใส่ท่อช่วยหายใจ มีมักใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีที่มีการบาดเจ็บที่รุนแรง ระดับความรู้สึกตัวไม่ดี ประกอบกับผลการตรวจทางรังสีพบว่ามีการอุดตันของหลอดลม มีเลือดออกในสมอง

2.1.6 การใส่คาสาขสวนปัสสาวะ กระทำเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงตามข้อ 1.4 และอีกประการ แพทย์เตรียมการรักษาโดยการผ่าตัด

2.1.7 ให้ออกซิเจน และจัดท่านอนยกศีรษะสูง 15-30 องศา ยกเว้นกรณีที่มีข้อจำกัดในเรื่องของการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย

2.1.8 ประเมินสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท ลงบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง

2.1.9 บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุกเวร เพื่อประกอบการรักษาของแพทย์

2.1.10 ดูแลการยาตามแผนการรักษา ทั้งนี้ยาที่ให้จะมีผลต่อการลดความดันในสมองโดยดึงน้ำออกจากสมอง ลดการบวม ยากันการเกิดอาการชัก และยาปฏิชีวนะ เช่น Manitol, Dexamethazone, Dilantin, Antibiotic เป็นต้น

2.1.11 ประเมินและวางแผนการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และวางแผนการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาร่วมกับทีมสุขภาพสหสาขา

2.2 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุปatientบาดเจ็บศีรษะ หรือหากเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จะเป็นการดูแลใน 24-48 ชั่วโมง

2.2.1 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแล และการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และพยาบาลติดตามในเรื่องการขึ้นลิฟต์บันไดต่างๆ ตามสาเหตุของการรักษา

2.2.2 ติดตามแผนการรักษาในเรื่องการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจทางรังสี (ถ้ามี)

2.2.3 ดูแลในเรื่องของการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจกท่านอน ดังข้อ 1 (1.4, 1.5 และ 1.7)

2.2.4 ประเมินสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท ลงบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง

2.2.5 บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุกเวร

2.2.6 ประเมินการหายใจ การเคลื่อนไหวของลำไส้ การมีเลือดออกในสมอง และอาการที่แสดงถึงภาวะการติดเชื้อ

2.2.7 ดูแลการยาตามแผนการรักษา

2.2.8 การเคลื่อนไหวร่างกาย ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างดีให้สามารถช่วยกิจกรรมของตนเองได้ บางคนเริ่มให้รับประทานอาหาร ส่วนผู้ป่วยที่อาการยังไม่ดีขึ้น และหลังรับการรักษาโดยการผ่าตัดยังคงให้งดอาหารและน้ำ จำกัดในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหว

2.2.9 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย

2.2.10 ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล

2.2.11 เตรียมการจำหน่ายในผู้ป่วยที่อาการค่อนข้างดี ตามหลักการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งใช้หลัก DEMETHOD ประกอบด้วย

2.2.11.1 D (Disease): ความรู้เรื่องโรค การแจ้งให้ทราบข้อมูลอาการ การบาดเจ็บศีรษะที่ผู้ป่วยได้รับ

2.2.11.2 E (Environment): ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การป้องกันการเกิดการบาดเจ็บซ้ำ

2.2.11.3 M (Medication): ความรู้เกี่ยวกับยา การให้ยาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การรับยาต่อ ไม่ควรจัดซื้อยามารับประทานเอง

2.2.11.4 E (Economic): เศรษฐกิจ เกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่มีที่สามารถใช้ในการรักษาครั้งนี้ได้

2.2.11.5 T (Treatment): รู้ปัญหาการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติให้การดูแล และสามารถเฝ้าระวัง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ อาการที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล เช่น ชีพจรผิดปกติ ปวดไม่ตื่น หรือมีอาการอาเจียนพุ่ง เป็นต้น

2.2.11.6 H (Health): ภาวะสุขภาพ โดยให้การดูแลทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย สติปัญญาความสามารถอาจต้องให้การช่วยเหลือเนื่องจากบาดเจ็บของศีรษะความจำอาจเลอะเลือน ด้านจิตใจคอยให้การดูแลเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งมีผู้ดูแลใกล้ชิด และในด้านของอารมณ์และสังคม ให้ญาติ เพื่อนบ้านมีโอกาสได้พบปะกับ ได้มาเยี่ยมกันที่บ้านเพื่อให้กำลังใจ เป็นต้น

2.2.11.7 O (Outpatient referral): การมาตรวจตามนัด ให้นำผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลตามนัดเพื่อติดตามอาการ และให้การดูแลที่ต่อเนื่อง

2.2.11.8 D (Diet): อาหาร ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะอาหารควรเป็นอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย ลดการบาดเจ็บที่จะมีผลต่อการบาดเจ็บศีรษะ หากอาหารแข็งบดเคี้ยวยาก ต้องใช้แรงในการบดเคี้ยวส่งผลต่อการกระทบกระเทือนถึงสมองได้ อาจเกิดอาการปวด

2.3 วันที่ 3 ของการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ทั้งที่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้รับการผ่าตัด ให้การดูแล ดังนี้

2.3.1 การประสานงานทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด ในการร่วมดูแลผู้ป่วย พื้นฟูสภาพในรายที่แพทย์ และพยาบาลเห็นควรให้สามารถส่งปรึกษาได้ รวมทั้งแผนกอื่นๆ ที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น สังกศตเคราะห์ในเรื่องของการติดตามผู้ดูแล เรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษ เป็นต้น

2.3.2 ติดตามการส่งตรวจเพิ่มเติมในส่วนของการเอ็กซเรย์

2.3.3 ดูแลในเรื่องของการได้รับสารน้ำ และอาหารตามแผนการรักษา

2.3.4 ประเมินสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท ลงบันทึกทุก 2-4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างดี หรือในระดับที่ปกติ ส่วนในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด หรือระดับความรู้สึกตัวยังคงเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ประเมินทุก 1-2 ชั่วโมง

2.3.5 ดูแลการยาตามแผนการรักษา

2.3.6 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อการฟื้นฟูสภาพ

2.3.7 ดูแลในเรื่องของการได้รับประทานอาหาร ทั้งที่สามารถรับประทานอาหารได้เอง และไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ซึ่งอาจต้องใส่สายยางให้อาหาร

2.3.8 ดูแลในเรื่องของการรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป การดูแลในเรื่องของบาดแผลทั้งที่เกิดจากการผ่าตัด และไม่ได้เกิดจากการผ่าตัด และสอดแทรกความรู้ในเรื่องของการวางแผนการจำหน่ายเข้าไปด้วย ดังได้กล่าวไว้ในข้อ 2 (2.11)

2.3.9 ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

2.4 วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับ เป็นวันที่ทีมสหวิชาชีพเห็นควรให้ทำการจำหน่าย หลังรับการดูแล การสอนแนะนำผู้ดูแล และประเมินการดูแลของผู้ดูแลแล้วสามารถให้การดูแลต่อได้ ทั้งที่จำหน่ายกลับบ้านโดยตรง และ/หรือการจำหน่ายโดยการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพจะประสานการดูแลต่อให้โรงพยาบาลชุมชนทราบล่วงหน้าก่อนที่ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะจะไปถึงโรงพยาบาลชุมชน

ในส่วนของแพทย์ในวันแรกของการรับไว้รักษา เมื่อได้รับการรายงานจากพยาบาล แพทย์จะวินิจฉัยการรักษา และให้ยาตามสภาพอาการของผู้ป่วยรายนั้นๆ มีทั้งที่ต้องรับการผ่าตัด

และไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในส่วนของการพยาบาลในกรณีที่แพทย์จะทำการผ่าตัด ต้องเพิ่มเติมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกาย โภชนาการ ส่วนการดูแลอื่นปฏิบัติตาม การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั่วไปของหน่วยงาน เน้นการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง โดยสังเกต บันทึกสารน้ำเข้า-ออก และปริมาณเลือดหลังการผ่าตัดเพิ่มเติมในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะทั่วไป

3. การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล พบว่าในบางครั้งทีมสุขภาพ ไม่สามารถ ให้ข้อมูลได้ในทันที ทั้งนี้เพราะต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ภาระงานมาก ประกอบกับจำนวน บุคลากรมีน้อย ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูล บางคนไม่ได้ให้ข้อมูลในระยะแรก ของการรับ การรักษา แต่จะได้รับการข้อมูลใน 24-48 ชั่วโมงแรก และพบว่าการให้ข้อมูลบางครั้ง ไม่ครบถ้วน แจ้ง ให้ทราบเฉพาะที่จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาเท่านั้น ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง 2 คนได้กล่าวว่า

“พยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลใดๆ มาถึงก็ถามประวัติ เช่นยินยอมรับการรักษา แล้วก็ให้ไป รอยุ่ด้านนอกหอผู้ป่วย รอการตรวจเยี่ยมของแพทย์ มีปัญหาอะไรก็ให้ถามแพทย์เอาเอง”

3.1 การสอนแนะนำการดูแลของพยาบาล และนักกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญเพราะผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลต่อได้ โดยการสอนแนะนำไม่ได้แต่เพียงการพูด เป็นการสอนโดยให้เห็น และลงมือปฏิบัติการดูแล และประเมินความสามารถการดูแลจากทีม สุขภาพ การสอนแนะนำที่ให้ คือ

3.1.1 การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และการดูแลแผลทั้งที่ผ่าตัด และไม่ได้ รับการผ่าตัด ในผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ให้ผู้ดูแลคอยพุงไปห้องน้ำ หรือจัดเตรียมอุปกรณ์ในการ ทำความสะอาดร่างกาย ส่วนในผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ สอนการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียงแก่ ผู้ดูแล ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ เพราะอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และสอนการทำแผลอย่างง่าย ที่ผู้ดูแล สามารถให้การดูแลต่อได้ที่บ้านได้ ยกเว้นกรณีที่แผลค่อนข้างมาก และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จะส่งต่อ การรักษา การดูแลแผลไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานีนอนมัย

3.1.2 การดูแลการรับประทานอาหาร โดยการจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลให้การดูแลอยู่ ส่วนใหญ่เป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย บางคนอาจต้องได้รับอาหารเฉพาะ สำหรับผู้ที่ใส่สายยางให้อาหาร สอนขั้นตอนของการให้อาหารทางสายยางให้อาหาร ประสานนัก โภชนาการในการส่งผู้ดูแลเรียนทำอาหารผสม

3.1.3 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง โดยให้ความรู้ในการสังเกตอาการหากพบ อาการดังนี้ ให้ระวัง และนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

3.1.3.1 ซึ่มลงกว่าตอนจำหน่าย ปลุกไม่ตื่น

3.1.3.2 กระสับกระส่าย การพูดผิดปกติ

3.1.3.3 ชักกระตุก

3.1.3.4 แขนขาอ่อนแรงลงมาก

3.1.3.5 มีไข้

3.1.3.6 อาเจียนบ่อย หรืออาเจียนพุ่ง

3.1.3.7 อาการปวดศีรษะไม่ทุเลา แม้จะได้รับยาบรรเทาอาการปวด

3.1.3.8 เวียนศีรษะ ตาพร่า หรือมองเห็นภาพซ้อน

3.1.3.9 ในกรณีที่ได้รับการผ่าตัด มีการโป่งตึงของแผลผ่าตัด แผลแยก และ/หรือมีน้ำ เลือดไหลออกจากแผล

3.1.4 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษ ให้ผู้ดูแลคอยเฝ้าระวังและให้การดูแลใกล้ชิด จัดพื้นที่ให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง และในผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยช่วยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

3.1.5 การจัดเตรียมบ้านในการพร้อมรับผู้ป่วย ควรเป็นที่นอนที่ไม่มีเตียง จัดวางกับพื้น พื้นที่โดยรอบไม่มีสิ่งกีดขวาง ไม่จัดวางของมีคมไว้ใกล้ที่พักของผู้ป่วย และควรจัดที่นอนให้ดีดหยุ่น เพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกจากที่นอน (หากที่นอนสูง) อาจเกิดการบาดเจ็บซ้ำได้

3.1.6 การกลับมารับการตรวจตามนัดแพทย์ การตรวจตามนัดเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะจะได้รับการดูแล รักษาที่ต่อเนื่อง หากมีความผิดปกติแพทย์จะได้ช่วยในการรักษาได้ทัน และการให้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

3.2 การสอนแนะนำการดูแลของนักกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแล ในการสอนแนะนำของนักกายภาพบำบัดจะเน้นในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ประเมินการสอนโดยนักกายภาพบำบัด และส่งต่อการดูแลในเรื่อง ที่สอนผู้ดูแลให้พยาบาลในหอผู้ป่วยรับทราบ เพื่อการติดตามประเมินการสอนการดูแลต่อ โดยนักกายภาพจะให้การดูแลแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.2.1 ผู้ป่วยที่สามารถรับลงแผนกายภาพได้ฝึกการปฏิบัติในการช่วยผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะในเรื่องการเคลื่อนไหว ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถที่จะขยับตัวได้บ้าง เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขา

3.2.2 การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย มักเป็นผู้ป่วยหนัก การทำกายภาพโดยมากให้การดูแลในเรื่องของการดูดเสมหะ เคาะปอด เพื่อช่วยการหายใจ ให้ทางเดินหายใจโล่ง

3.3 เอกสารแผ่นพับ ในหอผู้ป่วยมีเอกสารแผ่นพับในการแจ้งให้ผู้ป่วย และญาติในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะ แต่พบว่าเอกสารดังกล่าวได้นำมาแจกจ่ายน้อยมาก และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สนใจที่จะหยิบอ่าน อาจเป็นตัวหนังสือเล็ก ขาดจุดดึงดูดความสนใจในส่วนรูปแบบแผ่นพับ หรือเพราะขาดการประชาสัมพันธ์แหล่งข้อมูลความรู้ของหน่วยงานแก่ผู้ดูแล

การสอน แนะนำจะเกิดประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับลักษณะการสอนของบุคลากร ยังต้องมีมีส่วนร่วมของผู้ดูแลด้วย จึงจะทำให้การสอน แนะนำได้ ในบางครั้งกระทำไม่ได้ทั่วถึงในผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคน เกิดจากการะงานมาก ทำงานไม่ทัน ไม่มีเวลาในการสอน บางครั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยบางคนไม่ได้รับการสอนจนกระทั่งถึงวันจำหน่าย ในส่วนของการดูแลได้ให้คำแนะนำ สอนการดูแลตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละคน ดังคำกล่าวของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 2 คนที่ว่า

“การดูแลขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี สามารถให้การช่วยเหลือตนเองได้ก็จะช่วยน้อยหน่อย เป็นในเรื่องของการให้ความรู้ การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง ส่วนการดูแลโดยผู้ดูแลจะเน้นในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ ให้มีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาอย่างน้อย 1 คน ซึ่งผู้ดูแลคนนี้ต้องได้รับการฝึกการดูแล สอนแนะนำจนสามารถให้การดูแลได้”

4. การวางแผนการจำหน่ายมีการปฏิบัติโดยบุคลากรทีมสุขภาพ การวางแผน การจำหน่ายในบางครั้งทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ไม่ได้แจ้งแผนการรักษาให้ทราบซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาไม่สื่อให้ทราบถึงแผนการรักษากับทีมการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น น่าจะได้รับการปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อเข้ามาช่วยดูแล แต่ไม่ได้ปฏิบัติ เป็นต้น จนกระทั่งการวางแผนในการสอน การดูแลของผู้ดูแลก็ขาดหายไปด้วย แม้ในบางครั้งพยาบาลจะสอนการดูแลไปบ้าง แต่เมื่อแพทย์จำหน่าย พบว่าขาดการสอนในเรื่องที่จำเป็นจึงทำการสอนในขณะก่อนการจำหน่ายทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจำ หรือปฏิบัติไม่ได้ ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลต่อ ดังกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ที่กล่าวว่า

“แพทย์บางคนไม่ได้บอก หรือสื่อให้ทราบแผนการรักษา บางครั้งจำหน่ายผู้ป่วยเร็ว เพราะมีระบบการส่งต่อ ทำให้ยังไม่ได้สอน หรือฝึกการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย แพทย์ก็ทำการจำหน่ายแล้ว ทำให้การดูแลการวางแผนการสอนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กระทำได้ไม่ทั่วถึงทุกคน”

5. การประสานการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน พบว่ายังมีสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คือ

5.1 การบันทึกการส่งต่อระหว่างพยาบาลด้วย พยาบาลควรมีการบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ทำไปแล้วก่อนกลับบ้าน ได้ให้คำแนะนำ สอนการดูแลแก่ผู้ดูแลในเรื่องของการจัดเตรียมบ้านไปแล้ว แต่ไม่ได้ลงบันทึก หรือส่งต่อ เมื่อเปลี่ยนเวรพยาบาลในเวรถัดไปได้สอน แนะนำซ้ำอีก เกิดการสอนที่ซ้ำซ้อน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งได้กล่าวว่า

“ควรมีการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแล การส่งต่อการสอนแบบในแฟ้มผู้ป่วย เพราะจะได้ทราบว่าผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับการสอน แนะนำอะไร ไปบ้าง จะได้สอนในเรื่องอื่น จะได้ไม่เกิดความซ้ำซ้อน”

5.2 ผู้ป่วยบางคนขาดผู้ดูแล เมื่อเข้ารับการรักษา มีผลต่อการติดตามการให้การดูแลที่บ้าน ซึ่งจะไม่สามารถได้ข้อมูลด้านการพักอาศัย และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาว่าพยาบาลจะสอนการดูแลให้ใคร

5.3 การส่งต่อการเยี่ยมบ้าน แม้ว่าในโรงพยาบาลจะมีหน่วยงานในการออกเยี่ยมบ้าน การอนุญาตให้เจ้าหน้าที่พยาบาลไปเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย ซึ่งที่ผ่านมาผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ได้ให้การอนุญาตเยี่ยมบ้านทุกรายจึงมีผลต่อข้อมูลการดูแล และการส่งต่อของสถานบริการ ด้านสุขภาพในชุมชน และหลังการส่งต่อไม่มีการรายงานผลให้ทางหอผู้ป่วยได้ทราบ

5.4 การส่งต่อกลับไปรับการรักษายังโรงพยาบาลชุมชน มีการประสานงานตามขั้นตอนการส่งต่อในบางครั้งพบว่าทางโรงพยาบาลชุมชนไม่รับการส่งต่อ และ/หรือมีข้อแม้ในการรับผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาด้านการส่งต่อดังกล่าวของบุคลากรที่ว่า

“การส่งต่อผู้ป่วยกลับมักต้องรอหลายวันในบางโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมาก ไม่มีอุปกรณ์ที่ให้การดูแลที่เพียงพอ หรือไม่รับผู้ป่วยกลับในช่วงวันหยุดและนอกเวลาราชการ เป็นต้น แต่บางโรงพยาบาลก็ดีมาก พอประสานไปก็รับทันที”

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการศึกษาด้านผลลัพธ์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

4.1 ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 100 ในเรื่องของการจัดสิ่งแวดล้อมมีความพึงพอใจในระดับปานกลางในเรื่องการระบายอากาศ และเสียง เพียงร้อยละ 40 ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการใช้คำพูดในระดับมากเพียงร้อยละ 60 ส่วนการสอนให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 80 ผลการศึกษา ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะจำแนกตามระดับ

ความพึงพอใจต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ (n=5)

บริการ	ความพึงพอใจ		ระดับ					
			มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการบริการจากเจ้าหน้าที่								
- การอำนวยความสะดวก	4	80	1	20	-	-	-	-
- ความรวดเร็ว	4	80	-	-	1	20	-	-
- เปิดโอกาสในการซักถาม	3	60	2	40	-	-	-	-
- การให้ข้อมูลผู้ป่วย	4	80	1	20	-	-	-	-
- เปิดโอกาสในการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแล	5	100	-	-	-	-	-	-
- อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้	4	80	1	20	-	-	-	-
2. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วย								
- ความสะอาด	4	80	1	20	-	-	-	-
- ความสะดวก	4	80	1	20	-	-	-	-
- การระบายอากาศ	3	60	2	40	-	-	-	-
- แสงสว่าง	4	80	1	20	-	-	-	-
- เสียง	3	60	2	40	-	-	-	-
3. ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่								
- คำพูดของเจ้าหน้าที่	3	60	2	40	-	-	-	-
- การอำนวยความสะดวก	4	80	1	20	-	-	-	-
- เต็มใจบริการ	4	80	1	20	-	-	-	-
4. ด้านการสอนและให้คำแนะนำของ เจ้าหน้าที่								
- เข้าใจง่าย	4	80	1	20	-	-	-	-
- สามารถปฏิบัติได้จริง	4	80	1	20	-	-	-	-
- มีการทบทวน	4	80	1	20	-	-	-	-

4.2 ข้อมูลการศึกษาด้านผลลัพธ์ จากการสัมภาษณ์จากการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

จากการศึกษาในด้านผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะ ในการดูแล เป็นการกำหนดสิ่งที่คาดหวังของทีมสุขภาพ และผู้ดูแล ว่าการปฏิบัติการดูแลจะเกิดคุณภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ดังนี้

4.2.1 อัตราการรอดชีวิตของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ พบว่า ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษารอบบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด 33 คน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.12 และ เมื่อสอบถามจากทีมสุขภาพทราบว่ามีอัตราดังกล่าว เป็นตัวเลขที่น้อยลงจากเดิมมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับและต่อการรักษามีมากขึ้น ดังคำกล่าวของพยาบาลคนหนึ่งที่ว่า

“ปัจจุบันผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะมารับการรักษาจะสามารถจำหน่ายกลับโดยรอดชีวิตได้มากกว่าก่อนหน้านั้นมาก เพราะแพทย์มาดูแลผู้ป่วยเร็ว ประกอบกับระบบของการส่งต่อ เมื่อแพทย์ทำการรักษาแล้ว มักส่งต่อเมื่อมีอาการคงที่ ที่เสียชีวิตจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากจริงๆ และไม่สามารถรักษาได้”

แม้ว่าอัตราการรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้นแต่ยังพบว่าผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะในเรื่องของการเกิดแผลกดทับในช่วงที่ทำการศึกษารวม 5 คน จากผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ 33 คน ผู้ป่วย 2 คนจำหน่ายทั้งที่ยังมีแผลกดทับที่เหลือ 3 คน แผลกดทับหายก่อนการจำหน่ายกลับ ซึ่งแผลกดทับอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง และได้สอนผู้ดูแลในการดูแลแผลต่อที่บ้านต่อ

4.2.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแล ในส่วนของผู้ดูแลได้ให้ความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวที่เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติการดูแลไว้ 2 ข้อ คือ

4.2.2.1 การรับทราบข้อมูล ผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยจากพยาบาลในหอผู้ป่วย แม้ในบางครั้งการให้ข้อมูลจะช้า เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ได้กล่าวว่า

“การรับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาจช้าไปบ้างไม่เป็นไร แต่ขอให้บอก เพราะจะได้รู้ว่าผู้ป่วยอาการหนักมากน้อยเพียงใด ต้องทำอะไรต่อไปในส่วนของคุณาติ”

4.2.2.2 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ความพร้อมและความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของตน โดยเข้าร่วมการดูแล รับการสอนและแนะนำการดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วย ผู้ดูแลมีโอกาสในการซักถามทำให้เกิดความพึงพอใจ แต่มีผู้ดูแลบางคนที่ไม่ได้รับการสอน เนื่องจากไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา หรือด้วยขณะนั้นมีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงไม่ได้รับการสอน ซึ่งการสอนกระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึง เมื่อผู้ศึกษาสอบถามถึงความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้าน จากผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้กล่าวดังนี้

“ได้รับการฝึก การสอนในการดูแลผู้ป่วย มั่นใจว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้”

4.2.3 การสอนของทีมบุคลากรสุขภาพ จากการสังเกต และการสัมภาษณ์ พบว่า ในการสอน แนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายยังไม่สามารถทำได้ครบถ้วน สมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากขึ้นอยู่กับช่วงเวลา ภาระงานในขณะ หรือช่วงเวลานั้นๆ มีมาก จนบางครั้ง ไม่เอื้อต่อการสอน และแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนไม่ได้รับการสอน แนะนำ ดังกล่าว หากเป็นผู้ป่วยในระดับที่ไม่รุนแรงก็ไม่น่าเป็นห่วงมาก แต่ในกลุ่มที่มีความรุนแรงในระดับ ปานกลาง ถึงระดับมาก หากไม่ได้รับการสอน และแนะนำอาจส่งผลในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลให้การดูแลที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม เป็นผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หรือประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ส่งผลให้เกิดพิการถาวร จนกระทั่งการสูญเสียชีวิตตามมาได้

4.2.4 พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ พบว่ามีเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่แสดงพฤติกรรม ไม่เหมาะสม เป็นในด้านของการใช้วาจา จากการพูดคุยดัง ใช้คำพูดที่ไม่สุภาพ และการไม่ให้ข้อมูลกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่พอใจ ซึ่งเสียงสะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแล 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันในด้านพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลในหน่วยงาน กล่าวว่า

“ตนเองให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งช่วงแรกที่เข้ารับการรักษา อะอะโวยวายมาก ไม่รู้จะทำอย่างไร จึงไปบอกพยาบาลให้มาช่วยดู พยาบาลกลับตอบว่า ก็เป็นอย่างนั้นแหละ ซึ่งตนเองไม่พอใจกับคำพูดอย่างยิ่ง น่าจะมาดูแล และบอกให้ทราบว่าเป็นอะไร แล้วญาติจะต้องทำอย่างไร เพื่อจะได้ปฏิบัติ และช่วยการดูแลผู้ป่วยได้”

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มี การบาดเจ็บศีรษะ ในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ศึกษาได้อภิปรายผล การศึกษาตามวัตถุประสงค์ และคำถามในการศึกษา ดังนี้

ด้านโครงสร้าง (structure)

การศึกษาโครงสร้างการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะครั้งนี้ จำแนกรายละเอียดออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะ การจัด อัตรากำลัง การพัฒนาบุคลากร การจัดเครื่องมือเครื่องใช้ในหน่วยงาน และส่วนของอาคารสถานที่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะ

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากการ สัมภาษณ์พบว่า มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของ โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะได้รับการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีการจัดแยก นโยบายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ โดยตรง ด้วยเหตุผลที่ว่า มาตรฐานการดูแลที่มีของ โรงพยาบาลสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย มีความเหมาะสมในการปฏิบัติ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ บาดเจ็บศีรษะดังกล่าวจึงได้รับการดูแลภายใต้มาตรฐานในการดูแลของทางโรงพยาบาลเช่นกัน ซึ่งจาก การศึกษาโดยการสัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยงานกลุ่มตัวอย่างพยาบาลได้กล่าวถึงเรื่องของมาตรฐาน การดูแล ควรมีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะ เพราะเท่าที่ผ่านมาผู้ป่วย ดังกล่าวมักเกิดอาการแทรกซ้อน และขาดการเฝ้าระวังในเรื่องของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ หากนำ มาตรฐานดังกล่าวมาผนวกกับความเป็นจริงในเรื่องของโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็น เช่น ผู้ป่วยมีประวัติความ ดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือเคยประสบอุบัติเหตุ มาก่อน เป็นต้น ก็จะช่วยในการดูแลและเฝ้าระวัง ได้ดี ยิ่งขึ้น การดูแลที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยในเรื่องการระมัดระวังการละเลยการปฏิบัติดูแล ที่เหมาะสม และช่วยการรอดชีวิตได้มากขึ้นด้วย โดยบุคลากรทีมสุขภาพเห็นตรงกันว่า น่าจะมีการจัดทำนโยบายใน การดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของสถาบันประสาทวิทยา ชมรม พยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย (2550) ที่นำเสนอในหนังสือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไปว่า กิจกรรมพยาบาลควรมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ทั้งนี้เพื่อให้

การดูแลได้ตรงตามความต้องการ และมีความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งผู้สูงอายุต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ ต้องการการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่มากกว่าวัยอื่นที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย

2. การจัดอัตรากำลัง

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในส่วนของพยาบาลได้มีการจัดอัตรากำลังของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานตามการคิดคำนวณของกลุ่มการพยาบาลโดยกำหนดไว้ว่าพยาบาล 1 คน ต่อผู้ป่วย 3-5 คน โดยไม่ได้ระบุเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งอัตรากำลังดังกล่าวใช้ในการกำหนดอัตรากำลังของพยาบาลทุกหน่วยงาน พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทก็เช่นเดียวกัน ได้ปฏิบัติตามนโยบายการจัดอัตรากำลังดังกล่าว ซึ่งพบว่าบางครั้งไม่สามารถจัดให้ตรงตามที่กำหนดได้ เนื่องจากหน่วยงานยังขาดอัตรากำลัง การกิจมีมาก หากกรณีที่ผู้ป่วยมีมากเกินไปจนเกินขีดความสามารถที่จะให้การดูแลได้จริงๆ สามารถจัดเสริมอัตรากำลังได้ตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงานโดยการ บันทึกลงเป็นลายลักษณ์อักษรขออนุมัติอัตรากำลังเพิ่มเป็นบางครั้ง ในการเพิ่มอัตรากำลังพบว่าบ่อยครั้งที่ ไม่สามารถจัดเพิ่มอัตรากำลังได้ เนื่องจากบุคลากรภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนน้อย การจัดอัตรากำลังเพิ่มทำให้บุคลากรต้องขึ้นเวรมากขึ้น เช่น พยาบาล 1 คน อาจต้องขึ้นเวร 2 เหว ใน 1 วัน ทำให้ไม่ได้พัก ส่งผลต่อสุขภาพบุคลากร หากจะจัดเสริมจากหน่วยงานอื่นก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากหน่วยงานอื่นยังขาดอัตรากำลังเช่นกัน ซึ่งอัตรากำลังที่จัดขึ้นปฏิบัติในแต่ละวันของหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท คือ เหวเช้า: เหวบ่าย: เหวดึก เป็น 6: 4: 4 ตามลำดับ ทำให้พยาบาลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยมากกว่าอัตราที่กำหนดไว้คือ พยาบาล 1 คน ต้องรับผิดชอบมากถึง 7-10 คน ต่อเวร ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป การมอบหมายการดูแลจะมอบหมายโดยการคละกลุ่มผู้ป่วย คือ พยาบาล 1 คน ต้องได้รับการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยหญิงบ้าง ชายบ้าง ไม่เจาะจงอายุของผู้ป่วย ซึ่งผลของการขาดอัตรากำลังทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง หรือขาดการให้ความรู้ การสอนการดูแลแก่ผู้ดูแล ในการเตรียมความพร้อมเมื่อมีการจำหน่าย การให้การดูแลของพยาบาลเกิดความล่าช้า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยบางปัญหาอาจไม่ได้รับการดูแลอย่างทันถ่วงที ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วย การให้การดูแลไม่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

การขาดอัตรากำลังไม่เฉพาะแต่ของพยาบาลเท่านั้น แพทย์ก็มีปัญหาด้านอัตรากำลังเช่นกัน เนื่องจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีแพทย์เฉพาะทางประสาทศัลยศาสตร์เพียง 3 คน แต่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะทั้งหมดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทเอง นอกหอผู้ป่วย และยังมีแผนกผู้ป่วยนอกอีก ทำให้การทำงานของทั้งพยาบาล และแพทย์ ต้องประสานงานกันเป็นทีมเพื่อช่วยให้งานประสบผลตามเป้าหมาย ดังที่ สถาบัน

เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) กล่าวไว้ในหนังสือการดูแลรักษาโรค ผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีโดยการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชา (multidisciplinary team approach) โดยมีการ ช่วยเสริมการดูแลซึ่งกันและกัน ให้สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้การประสานความร่วมมือที่เกิดขึ้นไม่เฉพาะแพทย์ และพยาบาล เท่านั้น ยังมีวิชาชีพอื่นร่วม ที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะในหน่วยงาน หอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาท คือ นักกายภาพบำบัด ปัจจุบันมีการประสานการทำงานร่วมกัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แม้จะไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย ซึ่งการประสานความร่วมมือดังกล่าวมีแนวโน้มที่ดี ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

3. การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานถือว่ามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนที่มีการบาดเจ็บ ศีรษะ จากการศึกษาพบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทได้รับการสนับสนุน ในด้าน การพัฒนาความรู้ ความสามารถตามแผนพัฒนาบุคลากร โดยจัดบุคลากรเข้าร่วมรับการอบรม อบรม อบรมทางวิชาการ โดยการหมุนเวียนบุคลากรในหน่วยงานในการอบรมต่างๆ ที่จัดขึ้นทั้งใน และนอก โรงพยาบาล เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งหมด 8 คน หรือร้อยละ 100 (ตาราง 1 และ 2) จากปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ บาดเจ็บศีรษะเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่า บุคลากรดังกล่าวไม่เคยได้รับการอบรม หรือร่วมรับฟังวิชาการด้าน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนที่มีการบาดเจ็บศีรษะ โดยตรง ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรต้องมีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วย แต่ละคน ดังทฤษฎีทางการพยาบาลของฟริดา อิบราฮิม (2546) ที่ไว้ในหนังสือ การปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลว่า พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลได้สำเร็จ ถ้าปฏิบัติด้วยความรู้ความ เข้าใจ และในส่วนของดูแลผู้ป่วยสูงอายุน ในด้านของสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) ยังมีการกล่าวเพื่อสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรไว้ในหนังสือการ ดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทาง มีความรู้ทางวิชาการ และมีทักษะในการปฏิบัติ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะ บุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลที่ดี

4. อาคารสถานที่

โรงพยาบาลเชียงราย มีอาคารสถานที่ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาท อยู่ชั้น 1 ของตึก 3 ชั้น ติดด้านหลังตึกอำนวยการหลังเก่า ไม่มีชื่อเรียกอาคาร โดยรอบของหอผู้ป่วยจะมีทางระบายอากาศเฉพาะทางทิศใต้ของหอผู้ป่วยและเป็นทางเข้าออกของ

ผู้ป่วย และญาติ ด้านทิศเหนือก่อปิดด้วยกำแพง มีหน้าต่างในการระบายอากาศ และอยู่ติดกับโรงเก็บรถจักรยานยนต์ ส่วนทิศตะวันออก และตะวันตกเป็นกำแพงก่อทึบ และมีการระบายอากาศไม่ดี จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง บอกว่าสถานที่คับแคบ แออัด เต็มจ้วางชิดติดกันทำให้การเข้าหาผู้ป่วยได้ยาก และเกิดการชนกัน อีกทั้งผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะยังอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในวัยอื่นๆ ไม่มีที่อยู่เฉพาะผู้สูงอายุ และเสียงดังทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวพักไม่ค่อยได้ หลับๆ ตื่นๆ และจากการประเมินในเรื่องของความพึงพอใจในด้านสิ่งแวดล้อมของอาคารสถานที่ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากเพียงร้อยละ 72 (ตารางที่ 7) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่หน่วยงานคาดหวังไว้ว่าความพึงพอใจควรมากกว่าร้อยละ 80 ประกอบกับความคิดเห็นของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ เห็นว่าปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีมากขึ้น ควรจัดให้มีที่อยู่หรือหอผู้ป่วยที่แยกออกไปจากหอผู้ป่วยเดิม ดังนั้นในส่วนของอาคารสถานที่จึงเป็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากปัญหานี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะอย่าง ดังคำกล่าวของ คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (2541) ที่กล่าวไว้ในหนังสือการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4 ที่ว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะควรจัดให้อยู่ในสถานที่ ที่สงบเงียบ ลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงรบกวน ป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และสถานที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และยังคงตรงกับคำกล่าวของ เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) ในหนังสือโรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์ที่ว่า ผู้ป่วยทางสมองควรหลีกเลี่ยงการกระตุ้นโดยการสัมผัส และการใช้เสียงที่มากเกินไปที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะจึงสำคัญ และไม่ควรละเลยเพื่อลดปัญหาดังกล่าว และ ฟาริดา อิบราฮิม (2546) กล่าวไว้ในหนังสือการปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล สนับสนุนว่า การพยาบาลจะมองข้ามสิ่งแวดล้อมไม่ได้ ทั้งที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพราะมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น

5. การจัดอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ในหน่วยงาน

อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท พบว่า มีไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มากขึ้น อีกทั้งบางส่วนมีการชำรุดเสียหาย บางส่วนส่งซ่อม ดังนั้นในการใช้ จึงพิจารณาจากระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ไม่เว้นแม้แต่ผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะก็เช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในแบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ ในข้อที่ 2.7 เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ เป็นการติดตามประเมินความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจในผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะในระดับปานกลางและรุนแรง (ตารางที่ 5 และ 6) ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่เพียงพอ การใช้เครื่องมือเครื่องใช้โดยการหมุนเวียนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการชำรุดเสียหายเร็วอายุการใช้งานสั้นลง เนื่องจากเครื่องไม่ได้พัก ใช้งานอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการแก้ไขปัญหาในหอผู้ป่วยในเรื่องการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ใหม่ ให้เพียงพอจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อประสิทธิภาพ ในการ

ดูแลผู้ป่วยแม้ว่าการจัดหาไม่สามารถกระทำได้ในทันที การเสนอความต้องการตามขั้นตอน ในการขออนุมัติการจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้เพิ่มเติมในหน่วยงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะให้มากขึ้นในอนาคต

กระบวนการ (process)

การศึกษาด้านกระบวนการ เป็นการศึกษาถึงขั้นตอนในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งอภิปรายการศึกษาดังนี้

1. การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ในกระบวนการของการรับใหม่ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท จากการศึกษาพบว่า การรับใหม่เป็นขั้นตอนแรกที่กระทำเมื่อผู้ป่วยมาถึง ประกอบกับการใช้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหน่วยงาน สิ่งสำคัญของการรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจะต้องซักประวัติการบาดเจ็บที่ต้องเข้ารับการรักษา โดยใช้ทักษะในการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การรับฟังสิ่งที่ผู้รับบริการพูด เป็นสิ่งสำคัญ โดยหลีกเลี่ยงการสรุปเอาเองของผู้ซักประวัติ (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริง และเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษา การดูแล ประกอบกับการประเมินอาการเจ็บป่วย ผลการตรวจต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การตรวจทางรังสีวิทยา

2. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะจากทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งที่สำคัญ การดูแลจะแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของการรับการรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำนอนหัวสูง 30 องศา เพื่อการลดการกดเบียดของเนื้อสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ การดูแลในเรื่องของความสะอาดร่างกาย การให้ข้อมูลการเจ็บป่วย เพราะผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลมาก และเกิดความเครียด การขอความร่วมมือจะทำให้ยากหากผู้ดูแลรับข้อมูลการบาดเจ็บจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษา และการดูแล สามารถควบคุมตนเองได้ ปรับตัวทางด้านอารมณ์ได้ดีขึ้น (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร และชนกพร จิตปัญญา, 2550) อีกทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจ ดังบทความวิจัย เรื่องความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการผู้ป่วยนอกของขวัญใจ สังข์แก้ว และคณะ (2548) ที่กล่าวว่า ความพอใจของผู้รับบริการ เป็นผลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการได้รับบริการตรงตามความต้องการ หรือความคาดหวัง จะทำให้เกิดความร่วมมือต่อการรับบริการ ในทางกลับกัน หากไม่ได้รับทราบข้อมูลการบาดเจ็บ

กนกรัตน์ เนตรไสว (2547) ได้กล่าวไว้ในงานวิจัยเรื่องประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยว่า การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องการข้อมูลที่ชัดเจน โดยพยาบาลมักบอกเพียงว่า ต้องทำสิ่งนั้น ต้องทำสิ่งนี้ แต่ขาดการบอกถึงขั้นตอนการทำ หรือไม่บอกเหตุผลของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน ทำให้ญาติเกิดความสงสัย และไม่มั่นใจในสิ่งที่ปฏิบัติ เป็นผลให้ไม่ให้ความร่วมมือในการรับการรักษา ดังผลการประเมินความพึงพอใจที่ได้จากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 5 คน มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลร้อยละ 80 (ตารางที่ 7) และการดูแลในเรื่องของสิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เสี่ยงรบกวน การรวบรวมกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถกระทำร่วมกันได้ เข้าไว้ด้วยกัน จะช่วยลดการกระตุ้นผู้ป่วย (Cushman, 2001) ช่วยในการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งการดูแลดังกล่าว ยังสามารถแยกการดูแลออกเป็น 2 กรณี คือ

2.1 การดูแลโดยไม่ได้รับการผ่าตัด เป็นการให้การดูแลตามสภาพอาการ การบาดเจ็บที่ได้รับในแต่ละคน โดยการดูแลมีตั้งแต่การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง จนกระทั่งการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล ในผู้ป่วยที่ให้การช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2.2 การดูแลเมื่อได้รับการผ่าตัด การดูแลอาจมีความแตกต่างกัน เพราะ เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดย่อมแสดงถึงการได้รับความรุนแรงมาก การเฝ้าระวังในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การมีเลือดออกซ้ำ การป้องกันการกระทบต่อแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลจากการให้การดูแลทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่ดี หรือไม่ขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บแรกเริ่ม และการดูแลจากทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ

การดูแลดังที่กล่าวมาหากจะให้เกิดประสิทธิภาพ การดูแลไม่สามารถกระทำได้ด้วย บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องกระทำร่วมกัน ผู้ดูแลมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าทีมสหสาขาวิชาชีพ เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทั่วไป การได้รับกำลังใจ จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยได้ทั้งนั้น ซึ่งงานวิจัยของบรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ (2551) ในเรื่องผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้กล่าวว่าผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของการมีส่วนร่วมการดูแล ในวิทยานิพนธ์ของสุดศิริ หิรัญชุมเหะ (2541) ในเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังกล่าวอีกว่า ลักษณะสังคมไทย เมื่อบิดา มารดา เจ็บป่วยจะเป็นหน้าที่ของบุตรเป็นผู้ดูแล และในงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางเพของอรชร โวทวี (2551)ยังได้กล่าว

สนับสนุนว่า บุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3. การให้ข้อมูลการเจ็บป่วย

การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นเพราะผู้ป่วย และผู้ดูแลเมื่อเกิด การเจ็บป่วยต้องการทราบว่าอาการเป็นอย่างไร จะได้รับการดูแล และปฏิบัติการรักษาอย่างไร ผู้ดูแลจะได้ทราบข้อมูลตั้งแต่แรกเริ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการหนักการตัดสินใจในการ รับการดูแลรักษาจะขึ้นอยู่กับผู้ดูแล ข้อมูลจึงเป็นพื้นฐานเพื่อการตัดสินใจรับการรักษา และ เตรียมพร้อมการดูแลต่อของผู้ดูแล ดังคำกล่าวของเจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) ในหนังสือโรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์ว่า การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่ควรกระทำโดย ทีม การดูแลเพราะจะเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล และต้องต่อเนื่อง ถึงการดูแลที่บ้าน แม้ข้อมูลที่ให้จะล่าช้า ไม่ประติดประต่อ ข้อมูลบางส่วนขาดหายบ้าง แต่ยังดีกว่า ไม่ได้ให้ข้อมูลใดๆ เลย การให้ข้อมูลหากไม่สามารถกระทำในครั้งเดียวสามารถให้ข้อมูล เป็นระยะตาม ความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยไปจนกระทั่งการจำหน่าย หากผู้ดูแลไม่ได้รับทราบข้อมูลต่างๆ และ ไม่ทราบอาการเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการดูแลระยะยาวตามมาได้

4. การวางแผนการจำหน่าย

การจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต่อที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการจำหน่ายกลับจะมีความผิดปกติ ด้านร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งก่อนการ จำหน่ายผู้ดูแลต้องได้รับการฝึกการดูแล ไม่ว่าจะเป็นในด้านการรักษาความสะอาด การให้อาหาร ดังที่กล่าวในการสอนแนะนำการดูแลของพยาบาลสำหรับผู้ดูแล การส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ซึ่งการทำกายภาพบำบัดต้องเน้นเรื่องการมีผู้ดูแลคอยดูแล นักกายภาพจะฝึกการดูแล การทำ กายภาพให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย (Cleveland, 2005) เพราะการจำหน่ายผู้ป่วยกลับของแผนกกายภาพ สามารถจะกระทำได้ตั้งแต่แรกที่มีการปรึกษา ด้วยเหตุผลที่ว่า แผนกกายภาพจะปฏิบัติงานเฉพาะ วันและเวลาทำการ จึงวางแผนการจำหน่ายเร็ว โอกาสที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับในช่วงวันหยุดมีมาก เช่นเดียวกับทางหอผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนกระทั่งไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง วางแผน การ จำหน่ายโดยขั้นตอนของการฝึกผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อน ในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การวางแผนการจำหน่ายแต่เนิ่นๆ ไม่เพียงแต่ การฝึกการดูแลเท่านั้น ในเรื่องของการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ แจ้งญาติในการ เตรียมบ้านขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย กลับจะได้ไม่วุ่นวาย อีกประการ คือ ทีมสุขภาพต้องประเมินสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประเมิน

ครอบครัว ความต้องการการดูแล การรับรู้ และความก้าวหน้าที่จะให้บรรลุเป้าหมาย (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลัง รับการรักษา

5. การบันทึกการส่งต่อ

การบันทึกการส่งต่อ เป็นส่วนที่สำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ บาดเจ็บศีรษะ สืบเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จะกระทำตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย ดังนั้น การบันทึกการส่งต่อจะช่วยให้ผู้ดูแลโดยเฉพาะบุคลากรทีมสุขภาพ (พยาบาล) ได้รับรู้ รับทราบว่า ได้ปฏิบัติการดูแลอะไรไปบ้าง ยังเหลืออะไรที่ยังไม่ได้ให้การดูแลหรือสอน แนะนำการดูแล ดัง ปรากฏในแบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ และแบบสอบถามการปฏิบัติการ ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ (ตารางที่ 5 ข้อ 1.6 และ ตารางที่ 6 ข้อ 2.9) ในเรื่องของการสอนของ เจ้าหน้าที่ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 คน ได้สอน แนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแล แต่จากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างนี้กลับพบว่า ในการสอนที่ปฏิบัติอยู่นี้ถึงแม้จะสอนแนะนำผู้ดูแล แต่พบว่าการสอน ไม่ มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ในการสอน แนะนำบางครั้งเกิดการเข้าใจผิด เนื่องจากขาดการส่งต่อการ ดูแล ทำให้ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ ไม่ทราบข้อมูลที่สอนไปก่อนหน้านี้ เกิดการสอนซ้ำ และการ ประเมินการสอนกระทำโดยผู้ดูแลทีมสุขภาพที่ทำการสอน เมื่อใกล้จำหน่ายกลับ เมื่อทบทวน ใน เรื่องของการสอนที่ให้แกผู้ดูแลพบว่าการสอน แนะนำกระทำไม่ได้ไม่ครบถ้วน หากมีการปรับการ บันทึกการส่งต่อที่เป็นระบบจะช่วยแก้ไขปัญหาคำความเข้าใจผิดดังกล่าวได้ ดังคำกล่าวของกึ่งแก้ว ปาจริย์ (2550) ในหนังสือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ว่า พยาบาลเป็นบุคลากร ที่ได้อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจะรับทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยดีกว่า บุคลากรทีมสุขภาพอื่น ดังนั้น การดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการดูแลจากพยาบาล เป็น หลัก ดังนั้นด้วยเหตุผลนี้พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อ ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ที่จะไม่เกิดปัญหาในด้านการดูแลที่ซ้ำซ้อน และสามารถให้การดูแล ครอบคลุมมากขึ้น

ผลลัพธ์ (outcome)

การศึกษาด้านผลลัพธ์ เป็นการศึกษาถึงผลจากการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับ การรักษา ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ซึ่งอภิปรายการศึกษาดังนี้

1. อัตราการรอดชีวิต

จากการศึกษาโดยใช้แนวคิดคุณภาพการดูแลของอเวคิสโดนาปีเดียน ผลลัพธ์ ที่สำคัญในด้านการปฏิบัติการดูแลที่มีคุณภาพในส่วนของการรอดชีวิต ถือเป็นจุดมุ่งหมายของ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีการบาดเจ็บศีรษะ เป็นผลลัพธ์หนึ่งที่คุณศึกษานำมาประกอบการประเมิน การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของพยาบาลปฏิบัติการ ซึ่งพบว่า ในช่วงของการศึกษา 2 เดือน (เดือนกันยายน และเดือนตุลาคม 2553) มีผู้ป่วยที่บาดเจ็บ ศีรษะและเสียชีวิตจากการบาดเจ็บดังกล่าว จำนวน 4 คน จากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด 33 คน คิดเป็นร้อยละ 12.12 และจากการสัมภาษณ์พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบว่าอัตรา การเสียชีวิตดังกล่าวเป็นอัตราที่น้อยลงจากเดิม เมื่อประกอบกับภาระงานที่มาก แต่ยังสามารถให้การ ดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายได้ แม้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนบ้างในบางคน แต่อัตราดังกล่าวก็เป็นที่น่าพอใจของทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนที่พบเกิดจากกระบวนการในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมากลุ่ม ตัวอย่างพยาบาลพอใจต่อการให้บริการ ดังผลการศึกษาของคุณศึกษาในช่วง 2 เดือน (เดือน กันยายน และเดือนตุลาคม) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะมีเพียงการเกิด แผลกดทับในระดับที่ไม่รุนแรง แผลสามารถรักษาให้หายได้ จากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 33 คน เกิดแผลกดทับ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 เมื่อเทียบกับช่วงของการศึกษาย้อนหลัง 2 เดือน (เดือน มีนาคม และเดือนเมษายน 2553) ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 36 คน เกิดแผลกดทับ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 1.52 สามารถจำหน่ายกลับ และส่งต่อ การรักษา ไปยังโรงพยาบาลชุมชนได้

2. ความพึงพอใจของผู้ดูแล

ความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นในสถานบริการใดๆ ความพึงพอใจถือเป็นตัวประเมินหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพของให้บริการ ทั้งนี้ ไม่เพียงแต่การ บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น ความพึงพอใจต้องประกอบด้วยหลายๆ ด้านรวมกัน ใน การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ในเรื่อง 1) ด้านการ บริการจากเจ้าหน้าที่ ในข้อนี้แบ่งเป็น 6 ข้อย่อย โดยคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดที่ได้รับ จะเป็นในส่วนของกาเปิดโอกาสในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล 2) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 5 ข้อย่อย โดยคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 60 จะมีอยู่ 2 ข้อ คือ การ ระบายอากาศ และเสียง 3) ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น 3 ข้อย่อย คะแนนความพึง พอใจที่ได้ในระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 60 เป็นในส่วนของคำพูดของเจ้าหน้าที่ และ 4) ด้านการสอน และให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น 3 ข้อย่อย คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดพอๆ กัน โดย แต่ละข้อย่อยคิดเป็นร้อยละ 80 (ตาราง 7) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ลาโมนิก (La Monica , 1986) ที่ทำการค้นคว้าในเรื่อง Development of patient satisfaction scale ที่ว่า ความพึงพอใจเกิดจาก การได้รับบริการที่ดี สร้างความรู้สึกที่ดีต่อผู้รับบริการ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลจะสร้าง

ความประทับใจ ส่งผลให้ญาติพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และมีการกล่าวสนับสนุนของ ริชเชอร์ (Risser, 1975) ในด้านของความพึงพอใจในงานวิจัยเรื่อง Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable :Dilemmas for nursing evaluation researchers ว่า การสร้างความมั่นใจ ไว้วางใจเกิดจากพฤติกรรมของพยาบาลและทีมสุขภาพในการให้บริการ

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องได้รับการฝึกสอน แนะนำ ทั้งนี้เป็นการวางแผนการดูแลต่อให้กับผู้ดูแล ที่สามารถนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้จริง เพราะได้รับการฝึกมาก่อน หากไม่ได้รับการฝึกสอน อาจส่งผลให้การดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 คน มีความพร้อมในการร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ทำให้ไม่เกิดปัญหาขาดผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับการฝึกสอนจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของตนเอง โดยการฝึกสอนจากพยาบาลในหอผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ ประกอบกับสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ และการสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ (ตาราง 5 ข้อ 1.6 และ ตาราง 6 ข้อ 2.9) ในเรื่องการสอน และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม โดยร้อยละ 100 จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้ง 5 คน ได้ทำการสอนโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ประกอบกับการสัมภาษณ์ และการประเมินความพึงพอใจ ในส่วนของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ทั้ง 5 คน พึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 100 (ตาราง 7) ซึ่งตรงกับดังกล่าวของ คลีฟแลนด์ (Cleveland, 2005) ในงานวิจัยเรื่อง Family-Centered Care ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยสิ่งสำคัญ คือการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้ความสำคัญให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

3. การแนะนำ และการสอนการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ

การแนะนำ และการสอนในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลในฐานะทีมสุขภาพ และเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จะตัดสินใจในการแนะนำ และสอนตามความเหมาะสมแก่ผู้ดูแลในผู้ป่วยแต่ละคน โดยการสอน แนะนำ เน้นให้สามารถปฏิบัติการดูแลต่อที่บ้านได้ เป็นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลตั้งแต่อยู่ในหอผู้ป่วย เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ดูแลพร้อมที่จะรับการดูแลต่อได้ทุกครั้ง ซึ่งการสอน แนะนำได้กล่าวไว้ในส่วนที่ 3 ข้อมูลกระบวนการในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ ข้างต้น

4. พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่

การบริการที่ดี ไม่ใช่เพียงแต่แสดงให้เห็นว่าสถานที่โอโถง สะอาดตาเท่านั้น สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้สถานที่ หรือสถานบริการนั้นน่าเข้าไปใช้บริการ คือ การบริการที่ดี มีความเป็นมิตรจากเจ้าของสถานบริการ ดังนั้น การบริการจะได้รับการตอบรับที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลจะเป็นในส่วนของบุคลากรทีมสุขภาพสาขาที่ให้การดูแลผู้ป่วย การบริการดีหรือไม่อย่างไร บุคลากรทีมสุขภาพสาขาอาจไม่สามารถสะท้อนถึงพฤติกรรม การ

บริการซึ่งกันและกันได้อย่างแท้จริง ดังนั้นแต่เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและผู้ดูแลจะเป็นตัวที่บ่งบอกได้ดี จากการศึกษา ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินในส่วนของการบริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลที่ได้พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในด้านพฤติกรรมกรบริการของเจ้าหน้าที่ โดยแบ่งเป็นข้อย่อย 3 ข้อ ด้วยกัน คือ 1) คำพูดของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรม ร้อยละ 60 2) การอำนวยความสะดวก ร้อยละ 80 และ 3) เต็มใจบริการ ร้อยละ 80 ภาพรวมของความพึงพอใจต่อพฤติกรรมกรบริการของเจ้าหน้าที่ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละโดยเฉลี่ยได้ 73.33 ที่ขาดหายอีกร้อยละ 26.67 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (ตาราง 7)

ซึ่งการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ในหน่วยงานครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะ ในหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ต่อไป