การพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส สถาบันโรคผิวหนัง

สมใจ ฉันทวรลักษณ์ พย.บ., วท.ม., อิงลดา ศรีโภคา พย.บ., พรรณทิพย์ ยิ้มวาสนา พย.บ., จินตนา ภาคีเนตร พย.บ., ชินมนัส เลขวัต, พ.บ.
สถาบันโรคผิวหนัง แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract: The Development of Continuing Nursing Model in Pemphigus Patients at the Institute of Dermatology

Somjai Chantavoraluk, B.N.S., M.Sc., Inglada Sripoka, B.N.S., Pantip Yimwadsana, B.N.S., Chintana Pakeenet, B.N.S., Chinmanat Lekhavat, M.D.
Institute of Dermatology, Khwang Phyathai, Ratchathewi, Bangkok, 10400
(Email: jaichan2558@gmail.com)
(Received: December 12, 2020; Revised: January 26, 2021; Accepted: February 9, 2021)

Background: Pemphigus is a chronic autoimmune blistering skin disease. The severity degree of the disease can be varied, affecting the quality of life and even death from its complications such as infections, and the use of immunosuppressants. Patients need to receive continued care from hospital to home to avoid possible complications. **Objective:** To develop and study the results of a continuing nursing model in pemphigus patients. **Methods:** This was a research and development study. The data were collected on 17 professional nurses and 68 patients (8 patients with moderate disease severity or worse and 60 patients with mild diseases severity) at the Institute of Dermatology. We analyzed the problems and developed a nursing model for continuing care in pemphigus patients. The data were analyzed through content analysis. Wilcoxon signed-rank test and Paired t-test were used to compare the differences between pre and post processing of the continuing nursing model. **Results:** The nursing model for continuing care of pemphigus diseases was developed to address 1) Nursing practice guideline 2) Discharge planning program 3) Health education plan 4) Pemphigus Patient's identification book 5) Assigning nurses to monitor patients at home by phone 6) Exchanging information about patient problems between the inpatient ward and the vesiculobullous clinic. The professional nurses had a statistically higher knowledge than before implementing the model ($p<0.05$). Mean nurses' operation following the nurse care model was 86.42%, and nurse satisfaction was at the highest level. The patients with all disease severity levels had significantly higher mean score of self-care knowledge ($p<0.05$). Patients with mild disease severity had a significantly higher mean score in care behavior ($p<0.05$) although there was no statistically significant difference between before and after model in patients with moderate and more disease severity ($p>0.05$). Patient satisfaction was at the highest level in all severity group after the model was used. The re-visit rates reduced from 5.96% to 1.67% in the mild disease severity group, while the readmission rates reduced from 4.33% to 0% in the moderate and more disease severity group. **Conclusion:** The development of continuity nursing model in pemphigus could support the professional nurses' practice in continuing care. Educated patients were able to take care of themselves, resulting in a significant reduction in complications and the revisit and readmission rates.

Keywords: Continuity care, Nursing care, Pemphigus patient, Model development

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคตุ่มน้ำพองใสเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่มีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันตนเอง มีความรุนแรงของโรคหลายระดับ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและมีโอกาสเสียชีวิตได้จากความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน **วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส

วิธีการ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน และผู้ป่วยจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 8 รายและผู้ป่วยความรุนแรงระดับน้อย จำนวน 60 ราย ที่มารักษาสถาบันโรคผิวหนัง วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนารูปแบบฯ ด้วย Wilcoxon signed-rank test และ Paired t-test **ผล:** พบว่า รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส 2) โปรแกรมวางแผนจำหน่าย 3) แผนการสอนสุขศึกษาผู้ป่วย 4) สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส 5) การมอบหมายพยาบาลติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้านทางโทรศัพท์ 6) การส่งต่อข้อมูลปัญหาผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยกับคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส หลังจากการใช้รูปแบบฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สามารถปฏิบัติได้ตามรูปแบบการพยาบาลโดยมีค่าเฉลี่ย 86.42% และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุด ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทุกระดับ พบว่า มีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แม้ว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ผู้ป่วยความรุนแรงทุกระดับมีความพึงพอใจหลังพัฒนารูปแบบในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยมีอัตรา re-visit ลดลงจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 5.96 เป็นร้อยละ 1.67 ส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป มีอัตรา re-admit ลดลงจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.33 เป็นร้อยละ 0 **สรุป:** รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่ได้รับการพัฒนาขึ้นช่วยสนับสนุนการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนลดการ re-visit และ re-admit ได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง การพยาบาล ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส การพัฒนารูปแบบ

บทนำ

โรคตุ่มน้ำพองใส ชนิดเพมฟิกัส (pemphigus) เป็นโรคผิวหนังที่รุนแรงและเรื้อรัง เกิดจากร่างกายสร้างภูมิต้านทานต่อเซลล์ผิวหนัง และเยื่อบุของตนเองทำให้เกิดการแยกตัวของเซลล์ของผิวหนังกำพร้า และเยื่อบุ[1]เมื่อตุ่มน้ำใสเกิดขึ้นบนผิวหนังที่มีลักษณะปกติ ตุ่มน้ำแตกได้ง่ายทำให้เกิดแผลเปิดแดง เจ็บ รอยโรคมักพบที่หนังศีรษะ ใบหน้า คอ รักแร้ ลำตัว และช่องปาก โรคนี้มักพบในผู้ป่วยวัยกลางคน และวัยสูงอายุ อัตราการเกิดโรคเฉลี่ย 6-7 คน ต่อ 1 ล้านคนต่อปี พบทั่วไปในเพศชาย และเพศหญิง โรคตุ่มน้ำพองใสมีความรุนแรงหลายระดับ[2] ตั้งแต่น้อยไปมาก การดำเนินโรคเป็นๆ หายๆ ไม่หายขาดบางรายต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายปี จากการเกิดตุ่มน้ำและแผลถลอกได้ทุกส่วนของร่างกาย การเจ็บแผลในปากและลำคอทำให้รับประทานอาหารได้น้อย การสูญเสียเลือดออกทางบาดแผลเป็นระยะเวลานานทำให้สูญเสียสารน้ำเกลือแร่และสารอาหารได้และการมีตุ่มน้ำแตกเป็นแผลได้ง่ายจึงมีโอกาสที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้นด้วย ตุ่มน้ำและแผลไม่สามารถหายเองได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา ดังนั้น การรักษาโรคนี้ที่สำคัญ คือ การควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความรุนแรงของโรคไม่ให้การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นจึงจำเป็นที่ต้องใช้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูงร่วมกับกลุ่มยาต้านมะเร็ง และปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามระยะของโรค เพื่อควบคุมให้โรคอยู่ในระยะสงบ (remission) ยากดภูมิต้านทานทำให้ผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำมีโอกาสติดเชื้อได้ จากสาเหตุต่างๆ ส่งผลอาจเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตและผลข้างเคียงของยารักษาโรคอัตราตายประมาณร้อยละ5-15[3] จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและทุกข์ทรมานเจ็บปวดแผลเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจด้านร่างกาย พบว่า ผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลเจ็บ ตึง ไม่สุขสบาย ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิตประจำวัน และผิวส่วนที่เคยเกิดตุ่มน้ำแตกเป็นแผลเมื่อแห้งจะเกิดเป็นรอยดำคล้ำ ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไปส่งผลต่ออารมณ์เกิดความเครียด วิตกกังวลเบื่อหน่าย อับอาย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทางสังคม ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางเข้ามารักษารวมไปถึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบประกันสุขภาพที่ต้องจ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส พบว่า คุณภาพชีวิตต่ำและสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นคุณภาพชีวิตยิ่งต่ำลง[4,5] สถาบันโรคผิวหนังเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางผิวหนังให้การรักษาพยาบาลและรับส่งต่อในระดับตติยภูมิ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มารักษาจึงมีภูมิลำเนากระจายตัวทั้งในกรุงเทพ ปริมณฑลและจังหวัดที่ห่างไกลทั่วประเทศ จากสถิติผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสมารักษาที่งานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง ปี 2559-2561 จำนวน 173,298,296 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยรับไว้รักษานอนโรงพยาบาล ในปี 2559- 2561 จำนวน 41, 51 และ 55 ราย และถ้านับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลไม่ซ้ำรายปี 2559- 2561 พบจำนวน 26, 23 และ 24 ราย ตามลำดับ[6] โรคตุ่มน้ำพองใสเป็นโรคที่พบมากที่สุดในงานบริการผู้ป่วยในเป็นอันดับ 1 สาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะติดเชื้อในปี 2559 - 2561 พบผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 11.33, 7.00 และ 6.69 ครั้ง/1,000 วันนอน ตามลำดับ[7] ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเฉลี่ย 34.6 วัน และมีค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 184,223 บาทต่อคนต่อครั้ง[8] ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) ในปี 2559 – 2561 มีผู้ป่วยต้อง refer out ขณะ admit ด้วยภาวะ sepsis รุนแรง ร้อยละ 7.31, 5.88และ 17.6 ตามลำดับ[7] เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาและจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง

อย่างต่อเนื่องทั้งเรื่องการทำแผลเองอย่างถูกต้อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลตนเองเมื่อภูมิต้านทานต่ำ การมาพบแพทย์ตามนัด ประกอบกับแพทย์ผิวหนังที่เชี่ยวชาญมีน้อย โดยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 111,054.54[9] ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพฯ ปริมณฑล รวมทั้งหัวเมืองใหญ่เท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง และส่งกลับภูมิลำเนา การที่ไม่มีแพทย์ผิวหนังในพื้นที่ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของโรคนี้จึงทำได้ยาก ผู้ป่วยจะกลับมารักษาซ้ำด้วยการติดเชื้อที่แผล และผื่นเห่อ ต้องมา re-admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อ ที่ผ่านมาพบว่าสถิติการ re-admit ของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสปี 2559-2561 ร้อยละ 3.40, 4.16 และ 5.45 ตามลำดับ[6] สาเหตุของการ admit ด้วยภาวะการติดเชื้อในชุมชน (community infection sepsis) จำนวน 10, 29 และ 19 ราย[10] และกลับมานอนรักษาซ้ำ (relapse) ที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งในรอบปี เฉลี่ยมีมากกว่าร้อยละ 50[6] ส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยและมารักษาที่คลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส งานบริการผู้ป่วยนอก พบว่ามีอัตรา re-visit ในปี 2559- 2561 คิดเป็นร้อยละ 7.53, 4.78 และ 5.57ตามลำดับ[7] บางรายกลับมา re-visit ที่งานบริการผู้ป่วยนอกด้วยอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อ admit ก็ต้องส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลเร่งด่วน 24 ชั่วโมง ด้วยอาการทรุดลงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงชนิด community acquired ในปี 2560- 2561 พบร้อยละ 66.67 และ 80.00[10]

การพยาบาลโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายจึงจำเป็นที่จะต้องมีพยาบาลที่มีความรู้เป็นองค์รวม มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจำหน่ายและติดตามอาการที่ยังเป็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ยังพบภาวะแทรกซ้อนและยังกลับมารักษาซ้ำในอัตราที่สูง ผลจากการนิเทศติดตามพบว่า พยาบาลมีการหมุนเวียนเปลี่ยนย้ายทำให้มีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งงานวิจัยโรคตุ่มน้ำพองใสส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการรักษา[11,12] มากกว่าการพยาบาล จึงยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้พยาบาลปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญในการจัดทำรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องโรคตุ่มน้ำพองใสขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับให้พยาบาลปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐาน ส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมต่อเนื่องและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้ง ผู้นิเทศทางการพยาบาล สามารถนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ในการนิเทศติดตามและเครือข่ายใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

วัตถุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันโรคผิวหนัง โดยทำการศึกษาที่สถาบันโรคผิวหนังในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง เดือนกันยายน 2563 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 2 กลุ่มประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจำนวน 8 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่คลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใสจำนวน 9 คน รวมเป็น 17 คน 2) ผู้ป่วยโรคตุ่มนำพองใสที่นอนรักษาในหอผู้ป่วย 8 ราย และผู้ป่วยตรวจรักษาคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส จำนวน 60 ราย รวมเป็น 68 ราย การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Haggerty[13] ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสจากเวชระเบียน การสนทนากลุ่มพยาบาลประกอบด้วยหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติรวม 12 คน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่เคยมาตรวจรักษาที่สถาบันโรคผิวหนังจำนวน 6 คน พบประเด็นปัญหา 4 ประเด็น ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 2) ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยยังผิวเผินและขาดช่องทางการให้คำปรึกษาต่อเนื่องที่บ้าน 3) ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยยังไม่เชื่อมโยงและต่อเนื่อง ระหว่างหอผู้ป่วย (IPD) และคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส (OPD) 4) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเอง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลต่อเนื่อง (continuing of care) ของ Haggerty[13] ที่กล่าวถึงความต่อเนื่อง 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ 2) ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ 3) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล ร่วมกับการนำผลวิเคราะห์ปัญหา 4 ประเด็น มาจัดประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกันเพื่อหาโอกาสพัฒนากับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารทางการพยาบาล กำหนดรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสและผลลัพธ์ตัวชี้วัด ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย แบบวัดการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพ แบบวัดพฤติกรรมผู้ป่วยในการดูแลตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์ตำรา แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินคุณภาพของเครื่องมือหาค่าความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและนำไปทดลองใช้ (tryout) กับกลุ่มที่มีลักษณะประชากรคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองกับพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัดตรังจำนวน 30 คนและทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส สถาบันโรคผิวหนังจำนวน 30 ราย นำแบบวัดความรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยหาค่าความเที่ยงด้วย KR-20 ได้ 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยหาค่าความเที่ยงโดยอัลฟาคอนบาคได้ค่า 0.73 และ 0.74 ตามลำดับ ก่อนการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพได้เก็บรวบรวมผลลัพธ์โดยวัดความรู้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้ง 17 คนเพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบและดำเนินการจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ ให้ความรู้ทั้งทฤษฎีและการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ใช้ระยะเวลารวม 3 วัน พร้อมร่วมกันสร้างรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ประกอบด้วย 6 หัวข้อดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส 2) โปรแกรมวางแผนจำหน่าย 3) แผนการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยในประเด็นการทำแผล การใช้ยา และการดูแลตนเองเมื่อภูมิต้านทานต่ำ 4) สมุดประจำตัวผู้ป่วย 5) การมอบหมายพยาบาลโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่บ้านและสร้างช่องทางให้คำปรึกษา 6) การส่งต่อข้อมูลปัญหาผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยกับคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบฯ โดยจัดประชุมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำความเข้าใจรูปแบบฯ และนำไปให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้ง 17 คน แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจำนวน 8 คน นำรูปแบบฯไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (moderate) ขึ้นไป ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 8 ราย โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยาอย่างปลอดภัย การปฏิบัติตัวเมื่อภูมิต้านทานต่ำ การสาธิตการทำแผลและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับและพยาบาลวิชาชีพประเมินความถูกต้องพร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนกระทั่งปฏิบัติได้ก่อนจำหน่าย ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใสจำนวน 9 คน นำรูปแบบฯไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย (mild) ที่มารักษาในคลินิกเฉพาะโรคฯ จำนวน 60 ราย โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยแบบกลุ่มย่อยครั้งละไม่เกิน 5 คน ให้ครอบคลุมเนื้อหาใช้เวลาไม่เกิน 40 นาที ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบฯ ทีมผู้วิจัยได้นิเทศโดยการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบฯของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน ใช้แบบวัดความรู้และประเมินความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพหลังจากนำรูปแบบฯไปทดลองใช้ ส่วนผู้ป่วย วัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองและประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ การวัดผลลัพธ์ทางคลินิก อัตรา re-admit และอัตรา re-visit วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา จากสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพและค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มานอนรักษาในหอผู้ป่วยด้วย Wilcoxon signed-rank test และใช้ Paired t-test กับผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส

ผล

พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 17 คน แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ปฏิบัติงานที่คลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 94.1 อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 มีประสบการณ์การทำงาน 2-5 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่สถาบันโรคผิวหนัง (n=17)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาล OPD*(n=9) n(%)	พยาบาล IPD**(n=8) n(%)	รวมพยาบาล(n=17) n(%)
เพศ			
ชาย	-	1 (12.5)	1 (5.9)
หญิง	9 (100)	7 (87.5)	16 (94.1)
กลุ่มอายุ (ปี)			
21-30	2 (22.3)	4 (50.0)	6 (35.4)
31-40	3 (33.3)	2 (25.0)	5 (29.4)
41-50	1 (11.1)	2 (25.0)	3 (17.6)
>50	3 (33.3)	-	3 (17.6)
ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส (ปี)			
2-5	4 (44.4)	5 (62.5)	9 (52.9)
>5	5 (55.6)	3 (37.5)	8 (47.1)

หมายเหตุ *OPD หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส งานบริการผู้ป่วยนอก
**IPD หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสมีความรุนแรงของโรค 4 ระดับ จำแนกเป็น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย จำนวน 60 ราย พบในคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส งานบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ

61.7 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.7 ผู้ป่วยความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป พบมานอนรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 8 ราย จำแนกเป็น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับมากจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับมากที่สุด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ผู้ป่วยความรุนแรงระดับปานกลางเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ผู้ป่วยความรุนแรงระดับมาก ทั้งหมดเป็นเพศชายและอายุระหว่าง 20-30 ปี ผู้ป่วยระดับความรุนแรงมากที่สุด ทั้งหมดเป็นเพศหญิง และอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (n = 68)

ลักษณะผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส	ระดับความรุนแรงของโรค*			
	น้อย (<10% BSA)	ปานกลาง (10-25% BSA)	มาก (25.1-50% BSA)	มากที่สุด (>50% BSA)
เพศ				
ชาย	23(38.3)	-	2 (100)	-
หญิง	37(61.7)	4 (100)	-	2 (100)
กลุ่มอายุ (ปี)				
20-30	4 (6.7)	1(25.0)	2(100)	-
31-40	10 (16.7)	1 (25.0)	-	-
41-50	12 (20.0)	2 (50.0)	-	-
51-60	19 (31.7)	-	-	-
61-70	10 (16.7)	-	-	-
>70	5 (8.2)	-	-	2 (100)
สถานที่ตรวจรักษา				
คลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส	60 (100)	-	-	-
หอผู้ป่วยใน	-	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)

หมายเหตุ *ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ปริมาณ(%) ของตุ่มน้ำและแผลถลอกคลุมพื้นที่ผิว (Body Surface Area; BSA)

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนค่าเฉลี่ย 10.53 และ 11.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 และ 0.89 เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ(n=17)

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	Mean	SD	Min	Max
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	10.53	0.79	9	12
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	11.94	0.89	10	13

*$p<0.05$

หลังการนำรูปแบบฯไปใช้ทีมวิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามรูปแบบฯพบคะแนนการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 86.42

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่มีต่อการใช้รูปแบบฯ จำนวน 17 คน พบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯในภาพรวมมีความพึงพอใจมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.62 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39

การวัดความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบมี

คะแนนเฉลี่ย 10.83 และ 11.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.06 และ 0.28 เมื่อทดสอบคะแนนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (n=60)

ความรู้ของผู้ป่วย	Mean	SD	Mean diff.	SD	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	10.83	1.06	1.083	1.078	.000*
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	11.92	0.28			

*p<0.05

การวัดความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 8 ราย ทุกคนมานอนรักษาหอผู้ป่วย การเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 10.13 และ 11.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 และ 0.35 เมื่อทดสอบคะแนนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีระดับความรุนแรงของโรคปานกลางขึ้นไป ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n=8)

ความรู้ของผู้ป่วย	Mean	SD	Min	Max
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	10.13	0.99	9	12
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	11.88	0.35	11	12

p<0.05

การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย จำนวน 60 ราย เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯมีคะแนนเฉลี่ย 18.75 และ 21.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 และ 1.95 เมื่อทดสอบคะแนนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n=60)

คะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วย	Mean	SD	Mean diff.	SD	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	18.75	2.58	2.317	2.715	.000*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	21.07	1.95			

*p<0.05

การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 8 ราย ทุกคนมานอนรักษาหอผู้ป่วย เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนเฉลี่ย 18.14 และ 20.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.79 และ 1.92 เมื่อทดสอบคะแนนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบฯ กับก่อนพัฒนารูปแบบฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยต่อการใช้รูปแบบฯ จำนวน 60 ราย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.70 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39

การประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรค

ตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไปต่อการใช้รูปแบบฯ จำนวน 8 ราย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไปในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.11

ผลลัพธ์ด้านคลินิก

จากการติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยความรุนแรงของโรคระดับน้อยมีอัตรา re-visit ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ลดลงค่าเฉลี่ยจากร้อยละ 5.96 เป็นร้อยละ 1.67 ผู้ป่วยความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป มีอัตรา re-admit ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ลดลง ค่าเฉลี่ยจากร้อยละ 4.33 เป็นร้อยละ 0

วิจารณ์

รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส สถาบันโรคผิวหนัง พัฒนาขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาลและสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Haggerty[13] ที่ประกอบด้วยความต่อเนื่อง 3 ด้าน ดังนี้ ด้านการจัดการ ด้านความสัมพันธ์และด้านข้อมูล รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการจัดการให้มีแนวทางปฏิบัติและการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษานี้ทำให้อัตรา re-visit ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยลดลง จากค่าเฉลี่ยร้อยละ 5.96 เหลือร้อยละ 1.67 และอัตรา re-admit ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไปลดลงจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.33 เหลือร้อยละ 0 สอดคล้องกับ Teeranut[14] ได้พัฒนารูปแบบต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุเรื้อรัง พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนถึงเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เช่นเดียวกับ Nileak[15] ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ จากผลคะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบฯของพยาบาลวิชาชีพคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 86.42 ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติเกิดการปฏิบัติงานที่ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ภาพรวมในระดับที่ดีมาก (mean = 4.60) สอดคล้องกับ Thongchai[16] ที่กล่าวว่า แนวทางปฏิบัติช่วยให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ครอบคลุมต่อเนื่อง ลดโอกาสผิดพลาดและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของข้อมูลได้ประยุกต์ใช้การพยาบาลทางไกล[17,18] (telenursing) ในการติดตามอาการสำคัญของผู้ป่วยที่บ้านโดยมอบหมายพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้สอนวางแผนจำหน่าย และติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้านทางโทรศัพท์ ซึ่งการมีผู้รับผิดชอบคนเดียวต่อเนื่อง[19] จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและยังส่งผลดีต่อการค้นหาปัญหาที่ยังคงอยู่และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยได้

การพัฒนารูปแบบฯ ยังเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakcharoen[20] ที่กล่าวถึง การเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองโดยผู้สอนคอยสนับสนุนชี้แนะให้เกิดการเรียนรู้นำไปปฏิบัติได้เองส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับน้อยที่พบที่คลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส งานบริการผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพจะสอนให้ความรู้ผู้ป่วยแบบกลุ่มย่อย ทำให้การวัดความรู้ของผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบฯมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arpaichiraratana[21] ที่กล่าวว่า วิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่มย่อยทำให้เกิดความสามารถในการเรียนรู้เกิดปฏิสัมพันธ์ทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับโดยการซักถาม ผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการสอนและคอยเติมส่วนที่ขาดเท่านั้น การสอนโดยกลุ่มย่อยส่งผลต่อความพึงพอใจในการสอนในระดับที่ดีมากด้วยและอาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นหลังพัฒนารูปแบบฯ ส่วนผู้ป่วยความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไปที่มานอนรักษาในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจะสอนผู้ป่วยแบบรายเดี่ยว เนื่องจากความรุนแรงที่มากกว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความซับซ้อนและปัญหาที่แตกต่างกันของแต่ละคนทำให้หลังการพัฒนารูปแบบฯมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Sikkhabandit[22] ที่กล่าวถึงการเรียนการสอนรายบุคคล จะช่วยให้เข้าใจปัญหาผู้ป่วยในหลายด้านและความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลการเรียนการสอนรายบุคคลสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักแก้ปัญหา รู้จักตัดสินใจ มีความรับผิดชอบในด้านการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงมากกว่าเป็นข้อจำกัดในการให้ผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเอง หลังจากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ได้ส่งผลดีกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยให้มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ทำให้อาการของโรคไม่พัฒนาเป็นความรุนแรงในระดับที่มากขึ้นไปกว่าเดิม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ คุณภาพชีวิตดีขึ้น

รวมทั้งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและโรงพยาบาลได้

สรุป

รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Haggerty[13] มาสร้างรูปแบบฯ ผลที่ได้คือ รูปแบบใหม่ที่พยาบาลวิชาชีพมีส่วนที่จะช่วยในการปฏิบัติการพยาบาลและการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการ re-visit และการ re-admit ได้อย่างชัดเจน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ เนื่องจากต้องมีการติดตามผู้ป่วยรายใหม่ไม่ซ้ำรายทั่วประเทศให้ครบกระบวนการดูแลตั้งแต่แรกรับ จำหน่าย ติดตามต่อที่บ้านและสามารถมาติดตามอาการตามแพทย์นัดได้ครบขั้นตอนตามเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไปที่มีพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนมีปัจจัยที่หลากหลายเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงควรได้รับการดูแลติดตามจากพยาบาลวิชาชีพมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ภาพลักษณ์อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการประสานงานกับเครือข่ายใกล้บ้านในการติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป

2. การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มาใช้ในโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ ต้องให้ความสำคัญ กับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องขยายผลต่อยอดและนำรูปแบบไปใช้นิเทศให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสรักษาอยู่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ของงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยในที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Payne AS, Stanley JR, Pemphigus. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-hill Medical; 2012.
2. Sanjir Grover. Scoring system in pemphigus. Indian J Dermatol2011; 56: 145-9.
3. Phisarnbutr P. Vesiculobullous Disease. In: Kunlavanich P, Phisarnbutr P, editors Dermatology 2010.1st ed. Bangkok: Holistic Publishing Company Limited; 2548.
4. Sung JY, Roh MR, Kim Sc. Quality of life assessment in Korean patients with pemphigus. Ann Dermatol 2015;27:492-8.
5. Krain RL, Kushner CJ, Tarazi M, Gaffney RG, Yeguez AC, Zamalin DE, et al. Assessing the correlation between disease severity indices and quality of life measurement tools in pemphigus. Front Immunol2019; 10:2571.
6. Medical records and statistics, Institute of dermatology Patient Statistics Summary 2016-2018.
7. Quality Development Division Institute of dermatology Quality Indicators 2016-2018.
8. Department of Financial and accounting Institute of Dermatology Pemphigus Patients Cost 2015-2016.
9. Kullavanijaya P, National Dermatology Committee of Thailand, March 26, 2018; Queen sirikit national institute of child health. Bangkok Thailand; 2019.
10. Tresukosol P, Indicator of institute of dermatology. Supervision of department of medical services, Queen sirikit national institute of child health. Bangkok Thailand; September 3; 2019.
11. Nasongkhla P, Kwangsukstid O. A Comparition of prednisolone plus oral azathioprine or oral cyclophosphamide versus prednisolone for the treatment of mild pemphigus. Thai J Dermatal2011; 4: 273-83.
12. Piamphongsant T. Treatment of pemphigus with corticosteroids and cyclophosphamide. J Dermatol1979 ;6: 359-63.
13. Haggerty JL, Roberqe D, Freeman GK, Beaulieu C, Breton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. Ann Fam Med 2012; 10: 443–51.
14. Teeranut A. Sangsom D. Metakarnjanasak N. Rouysungnon W. Development of a holistic continuing care model for elderly with chronic illnesses: a case study in a tertiary care hospital. Journal of nurses' Association of Thailand North-eastern Division 2009; 27: 65-77.
15. Nillake K, Chantra R. The Effects of Discharge program for Burn Patients on Self-care ability and Quality of life in Surgical 4 Department Suratthani Hospital. Medica Journal 2019; 33: 143-56.
16. Thongchai C. Clinical Practice Guidelines Development. The Thai Journal of Nursing Council 2005; 20: 63-74.

17. Souza-Junior VD, Mendes IA, Mazzo A, Godoy S. Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. Appl Nurs Res2016;29:254-60.
18. Kawaguchi T, Azuma M, Ohta K. Development of a telenursing system for patients with chronic conditions. J Telemed Telecare 2004;10:239-44.
19. Ratintorn A. Continuity of care: the core of quality improvement in midwifery practice. 1st ed. Bangkok: Wattanaprinting; 2016.
20. Sakcharoen P. Adult learning theory and Self-directed learning concept: process for promoting lifelong learning. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2015; 16: 8-13.
21. Arpaichiraratana C, Attharos T. Effect of small group discussion on critical thinking, self-directed learning, satisfaction on the learning of nursing students of The Thai Red Cross College of Nursing. Thai Red Cross Nursing Journal 2012 ; 5 : 21-31.
22. Sikkabandit S. Education Technology. 11th ed. Bangkok : King Mongkut's Institute of Technology North Bangkok Printing Press; 2528.