

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน

Development of a nursing system for patients with chronic wounds, Lamphun Hospital

นุชรี จันทร์เอี่ยม พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ศรียรรณ เรืองวัฒนา พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
มาลีวรรณ เกษตรทัต พย.ม. (การพยาบาลด้านการ
ควบคุมการติดเชื้อ)
ศศิธร พิชัยพงศ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

Nudcharee Juneam M.Ns (Nursing Administration)
Sriwan Ruangwattana M.Ns. (Nursing Administration)
Maleewan Kasettath M.Ns. (Nursing Care of Patients
with Infectious Diseases and Infection Prevention)
Sasithron Pichaipong M.Ns. (Gerontological Nursing)
Sangaroon Jaiwongpab M.Ns. (Adults Nursing)

โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน Lamphun Hospital, Lamphun Province

Received: December 26, 2018

Revised: February 11, 2019

Accepted: June 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังของ โรงพยาบาล ลำพูน โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบของโดนาปีเดียน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแผล เรื้อรัง จำนวน 112 ราย และผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จำนวน 622 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ระหว่าง 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2560 ดำเนินการพัฒนาเป็น 4 ระยะ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินและติดตามการหายของแผลแบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ และแบบประเมินความ พึงพอใจผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง เริ่มต้นด้วยการจัดตั้งและประชุมคณะกรรมการ เพื่อ ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน วางแผนพัฒนางานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหน่วยงานเพื่อเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วย แผลเรื้อรัง จัดตั้งห้องทำแผล พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการบรรเทาความเจ็บปวด พัฒนาการสื่อสารแก่เครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง สื่อสารโดยใช้กลุ่ม line และพัฒนาระบบ สารสนเทศให้ทันสมัยใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว

ผลการวิจัยพบว่าหลังการนำระบบที่พัฒนาไปใช้พบผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบแต่ละระยะการ พัฒนาดังนี้ 1) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง คิดเป็นร้อยละ 5.29, 5.02, 5.00 และ 4.98 ตามลำดับ 2) การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.45, 0.88, 0.86 และ 0.52 ตามลำดับ 3) ไม่มี อัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง 4) การหายของแผลดีขึ้น ร้อยละ 85.21, 90.00, 93.55 และ 97.10 ตามลำดับ 5) ค่าใช้จ่ายในการให้บริการมีสัดส่วนที่ลดลงจากเดิม ร้อยละ 25.92, 23.40, 21.78 และ 20.60 ตามลำดับ และ 6) ความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.70, S.D. = 0.45) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.80, S.D. = 0.48)

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการพยาบาล, ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง, โรงพยาบาลลำพูน

ABSTRACT

This action research aimed to develop a nursing system for patients with chronic wounds at Lamphun Hospital. The Donabedian's systemic approach was used as a conceptual framework. The purposive sampling included 112 health care providers giving care to 622 patients with chronic wounds who received treatment at Lamphun Hospital between October 1, 2015 to September 30, 2017. The developmental process comprised four phases. The research instruments consisted of the Evaluation and Monitoring of Wound Healing Form, the Customer Satisfaction Assessment Form, and the Provider Satisfaction Assessment Form. Data analyses used basic statistics to measure percentages and means.

Development of a Nursing system for patients with chronic wound started from the establishing the board and meeting to review problems arising from operations. Development of a plan for working together with multidisciplinary teams and knowledge sharing of the health team. Selecting professional nurses from each department to head as a leader in caring the patients having chronic wounds. We established a triage wound clinic to develop nursing practice guidelines for chronic wound patients and pain relief to improve communication between networks. Communication by applying the Line group and develop information systems to be up-to-date, convenient and fast.

The results showed that after implementation of the developing system, the results showed an improvement when comparing each development phase as follows: The length of hospital stay (day) decreased by 5.29%, 5.02%, 5.00% and 4.98%, respectively. 2) A return for re-admission within 28 days decreased by 1.45%, 0.88%, 0.86%, and 0.52%, respectively 3) There was no mortality rate from severe septic ulcers. 4) Wound healing improved by 85.21%, 90.00%, 93.55% and 97.10%, respectively. 5) Cost of services had decreased from 25.92%, 23.40%, 21.78% and 20.60%, respectively and 6) Satisfaction of chronic ulcer patients in the overall picture was at a high level (Mean score = 2.70, S.D. = 0.45). The service providers, the overall service satisfaction was as a high level (Mean score = 2.80, S.D. = 0.48).

Keywords: Development of a nursing system, Chronic wound patients, Lamphun hospital

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ในรูปแบบเครือข่ายบริการ 12 เขตสุขภาพ เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ได้รับการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย

ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย โดยเครือข่ายบริการจะต้องมีการพัฒนาระบบการบริการที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรม

บาดแผลเป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากมีการทำลายเนื้อเยื่อ ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และขาดความคล่องตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลบาดแผลที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุให้แผลหายล่าช้า มีการติดเชื้อ และกลายเป็นแผลเรื้อรังในที่สุด (Craven

& Hirnle, 2009) ส่งผลให้ต้องใช้เวลารักษาพยาบาลเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงเศรษฐกิจติดตามมาเสมอ ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น ซึมเศร้า หรือ ในทางตรงข้ามอาจก้าวร้าว ขณะที่ปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ไม่มีเงินค่าพาหนะที่จะมารับการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

การดำเนินงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังของโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป อยู่ในเขตระบบบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนเตียง 411 เตียงนั้น พบจำนวนผู้ที่มีแผลเรื้อรังเข้ารับบริการสูงติดอันดับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยศัลยกรรมและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติระหว่างปี 2556 - 2558 มีจำนวนเฉลี่ย 301 รายต่อปี จำนวนวันนอนเฉลี่ย 20 วันมีการกลับเขามารักษาซ้ำเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี และต้องได้รับการผ่าตัดตกแต่งแผลเฉลี่ย 3 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย ค่ารักษาพยาบาลประมาณ 10 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ เฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 33,223 บาทต่อราย (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลลำพูน, 2558) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ใช้เวลาในการรักษาเพิ่มขึ้นและโรงพยาบาลใช้งบประมาณในการดูแลเป็นจำนวนมาก

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังของโรงพยาบาลลำพูนในเบื้องต้นพบว่า ยังขาดระบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่ชัดเจน มีเพียงการทำแผลในขณะ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขาดเทคนิคทันสมัยสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลที่พยาบาลสามารถทำได้ภายใต้ขอบเขตหน้าที่ เช่น การตกแต่งบาดแผล การตัดเนื้อตาย หรือการดูแลแผลเฉพาะ เช่น แผลเบาหวาน แผลขาที่มีความผิดปกติของเส้นเลือดดำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังขาดศูนย์ประสานงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีระบบการติดตามและแนวทางปฏิบัติที่ยังไม่ชัดเจน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งมี

หอผู้ป่วย 22 หน่วยงาน และบุคลากรพยาบาล 406 คนในความรับผิดชอบ ต้องให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรังคิดเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลลำพูน, 2558) ด้วยเหตุผลดังกล่าว กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จึงได้มุ่งพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในครั้งนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้ทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) ดำเนินการ 4 ระยะ ระยะละ 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

- 1) ทีมให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั้งหมด จำนวน 112 คน
- 2) ผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั้งหมด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2560 จำนวน 622 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินและติดตามการหายของแผล (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998) ประกอบด้วย วันที่รับไว้ดูแล การวินิจฉัยโรคโรคประจำตัว อาการแทรกซ้อน การประเมินขนาดของแผล ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง และลักษณะพื้นแผล แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ และแบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการ ใช้การประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 2.34 - 3.00 มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนน 1.68 - 2.33 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนน 1.00 - 1.67 มีความพึงพอใจในระดับน้อย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและ

ความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92, 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดำเนินการศึกษา 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559)

1. จัดตั้งและประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูนเดือนละ 1 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน) เพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนางาน ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. จัดทำแผนพัฒนาความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

3. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ เพื่อเปิดโอกาสให้ทีมสุขภาพได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ทบทวนกระบวนการทำแผลที่ถูกต้องและได้มาตรฐาน

4. จัดประชุม Community of practice wound care เพื่อทบทวนกระบวนการทำงานของทีม เดือนละ 1 ครั้ง

5. คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหน่วยงาน เพื่อเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของตน นิเทศติดตามงานโดยพยาบาลผู้จัดการรายการ

6. สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

7. จัดให้มี wound clinic เพื่อให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังเข้าถึงการให้บริการได้ง่ายขึ้น

8. ตรวจสอบมาตรฐานของอุปกรณ์ทำแผล และจัดเตรียมอุปกรณ์ดังกล่าวเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

ระยะที่ 2 (เมษายน 2559 – กันยายน 2559)

ทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังใน ระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ แผลติดเชื้อ ผู้ป่วยมีระยะเวลาใน

การนอนโรงพยาบาลนาน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีความหลากหลายในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ตรวจสอบอุปกรณ์ทำแผลมีมาตรฐานแต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้วางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (เพิ่มเติมจากระยะที่ 1) ดังนี้

1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการบรรเทาความเจ็บปวด

2. ประชุมทีมงานเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น

3. สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

4. จัดเตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

ระยะที่ 3 (ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560)

ทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังใน ระยะที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำให้แผลเกิดการติดเชื้อ และต้องได้รับการผ่าตัดตกแต่งบาดแผล วางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (เพิ่มเติมจากระยะที่ 2) ดังนี้

1. วิเคราะห์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

2. วางแผนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น

3. คัดเลือกกระบวนการที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

- แผนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพในชุมชน

- จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- จัด Nursing development สัญจร

ระยะที่ 4 (เมษายน 2560 – กันยายน 2560)

ทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง พบปัญหาในการติดต่อสื่อสารในชุมชน การส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน และระบบสารสนเทศ

วางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (เพิ่มเติมจากระยะที่ 3) ดังนี้

1. พัฒนาการสื่อสารแก่เครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยจัดตั้ง line group
2. พัฒนาระบบสารสนเทศ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน ที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2560 จำนวน 622 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.91 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.11 นับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่สถานะภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.34 ประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 40.68 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.04 ชนิดของบาดแผลเป็นแผลเบาหวาน แผลเนื้อเน่า และแผลที่ซับซ้อน ร้อยละ 41.80, 29.10 และ 15.60 ตามลำดับ ผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.43 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.42 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางด้วยรถส่วนตัวเพื่อรับการรักษาโรงพยาบาลลำพูน ค่าใช้จ่ายสำหรับเดินทางมารับการรักษาโรงพยาบาลลำพูน 101–200 บาท/ครั้ง ร้อยละ 72.83 ผลลัพธ์ด้านความก้าวหน้าการหายของแผล (progression of wound healing) ดีขึ้น ร้อยละ 91.16 และค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 30,000 – 60,000 บาท ร้อยละ 52.57 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 622)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	354	56.91
หญิง	268	43.09
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	7	1.12
31 – 45 ปี	99	15.92
46 – 60 ปี	223	35.85
61 ปีขึ้นไป	293	47.11
(Min – Max = 25 – 78, Mean = 59.32, S.D. = 14.29)		
ศาสนา		
พุทธ	100	100
สถานภาพสมรส		
คู่	318	51.13
โสด	129	20.74
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	175	28.13
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	154	24.76
ประถมศึกษา	338	54.34
มัธยมศึกษา	79	12.70
ประกาศนียบัตร	1	0.16
ปริญญาตรี	50	8.04
อาชีพ		
ค้าขาย	40	6.43
รับจ้าง	113	18.17
เกษตรกร	253	40.68
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	54	8.68
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	162	26.04

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 622) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของแผล		
แผลเบาหวาน (DM ulcer)	260	41.80
แผลกดทับ (pressure ulcer)	31	4.98
แผลเส้นเลือดผิดปกติที่ขา (vessel disease ulcer)	39	6.27
แผลเนื้อเน่า (necrotizing fasciitis)	181	29.10
แผลไหม้ (burn)	14	2.25
แผลที่ซับซ้อน (complex wound)	97	15.60
โรคประจำตัว		
หัวใจและหลอดเลือด	60	9.65
เบาหวาน	351	56.43
ความดันโลหิตสูง	183	29.42
มะเร็ง	28	4.50
การเดินทางมารับการรักษาโรงพยาบาลลำพูน		
รถรับจ้าง	152	24.44
รถส่วนตัว	426	68.49
รถราชการ (รถกู้ภัย, รถเทศบาล)	44	7.07
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาโรงพยาบาลลำพูน		
≤ 100 บาท/ครั้ง	72	11.58
101 – 200 บาท/ครั้ง	453	72.83
201 – 300 บาท/ครั้ง	95	15.27
มากกว่า 300 บาท/ครั้ง	2	0.32
ผลลัพธ์ด้านความก้าวหน้าการหายของแผล (progression of wound healing)		
ดีขึ้น	567	91.16
คงเดิม	39	6.27
แย่ลง	16	2.57

ผลการศึกษาระยะที่ 1 (ตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559) จำนวนผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 169 คน ประเมินผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรังเข้าถึงการรับบริการ wound clinic อุปกรณ์ทำความสะอาดแผลเรื้อรังเป็นไปตามมาตรฐาน แต่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังยังมีการปฏิบัติที่หลากหลายพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ขาดทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมระดับปานกลาง ตัวชี้วัดการ

พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 5.29 ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admit) ร้อยละ 1.45 อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยแผลติดเชื้อ ร้อยละ 1.70 อัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (Necrotizing fasciitis) ร้อยละ 5.15 และอัตราการส่งผู้ป่วยแผลกดทับระดับ 2 – 3 จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.79

ผลการศึกษาระยะที่ 2 (เมษายน 2559 – กันยายน 2559) จำนวนผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 160 คน ประเมินผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผล

เรื่องร้อง พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ได้รับการรักษาที่ห้องทำแผลทุกราย อุปกรณ์ทำความสะอาดแผลเรื้อรังได้มาตรฐาน และเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรังพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน และสามารถนำมาใช้ได้จริง ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมระดับปานกลาง ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน ระยะที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 5.02 ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admit) ร้อยละ 0.88 อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยแผลติดเชื้อ ร้อยละ 1.61 ไม่มีอัตราการตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (Necrotizing fasciitis) และอัตราการส่งผู้ป่วยแผลกดทับระดับ 2 – 3 จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.61

ผลการศึกษา ระยะที่ 3 (ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560) จำนวนผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 155 คน ประเมินผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ได้รับการรักษาที่ห้องทำแผลทุกราย อุปกรณ์ทำความสะอาดแผลเรื้อรังได้มาตรฐาน และเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรังพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน และสามารถนำมาใช้ได้จริง ผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมระดับมาก ตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน ระยะที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 5.00 ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admit) ร้อยละ 0.86 อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยแผลติดเชื้อ ร้อยละ 1.57 และไม่มีอัตราการตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (Necrotizing fasciitis) และอัตราการส่งผู้ป่วยแผลกดทับระดับ 2 – 3 จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.58

ผลการศึกษา ระยะที่ 4 (เมษายน 2560 – กันยายน 2560) จำนวนผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 138 คน ประเมินผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ระยะที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ได้รับการรักษาที่ห้องทำแผลทุกราย อุปกรณ์ทำความสะอาดแผลเรื้อรังได้มาตรฐาน และเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน และสามารถนำมาใช้ได้จริง ผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีระบบสารสนเทศที่ทันสมัย ใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมระดับมาก ตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน ระยะที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 4.98 ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admit) ร้อยละ 0.52 อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยแผลติดเชื้อ ร้อยละ 1.55 ไม่มีอัตราการตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (Necrotizing fasciitis) อัตราการส่งผู้ป่วยแผลกดทับ ระดับ 2 – 3 จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.4 ผู้ให้บริการพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก (Mean = 2.80, S.D. = 0.48) ทั้งระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (Mean = 2.85, S.D. = 0.43) สถานที่ให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (Mean = 2.83, S.D. = 0.42) และความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (Mean = 2.73, S.D. = 0.58) ดังแสดงในตารางที่ 2

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ระยะที่ 1 (ตุลาคม 2558 - มีนาคม 2559) ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมระดับปานกลาง (Mean = 2.18, S.D. = 0.45) พิจารณารายด้านพบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจระดับมาก ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมในเรื่องความปลอดภัย (Mean = 2.43, S.D. = 0.53) และความพร้อมด้านการให้บริการ (Mean = 2.51, S.D. = 0.52) ด้านการให้บริการพึงพอใจระดับมาก ในเรื่องการจัดลำดับ

ก่อนหลัง (Mean = 2.65 S.D. = 0.49) และการนัดหมายครั้งต่อไป (Mean = 2.52, S.D. = 0.52)

ระยะที่ 2 (เมษายน 2559 – กันยายน 2559) ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมระดับปานกลาง (Mean = 2.33, S.D. = 0.49) พิจารณารายด้านพบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจระดับมาก ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ในเรื่องความปลอดภัย (Mean = 2.48, S.D. = 0.53) และความพร้อมด้านการให้บริการ (Mean = 2.50, S.D. = 0.51) ด้านการให้บริการพึงพอใจระดับมาก ในเรื่องความเร็ว (Mean = 2.40, S.D. = 0.55) การจัดลำดับก่อนหลัง (Mean = 2.68, S.D. = 0.48) เวลาเปิดให้บริการ (Mean = 2.58, S.D. = 0.51) และการนัดหมายครั้งต่อไป (Mean = 2.48, S.D. = 0.54)

ระยะที่ 3 (ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2560) ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก (Mean = 2.57, S.D. = 0.52) ทั้งด้านการทำแผล ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม และด้านการให้บริการ

ระยะที่ 4 (เมษายน 2560 – กันยายน 2560)

ผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก (Mean = 2.70, S.D. = 0.45) ทั้งด้านการทำแผล ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม และด้านการให้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 3

การดำเนินงานพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน ผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง 14, 9, 5 และ 4 วันตามลำดับ ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admit) ร้อยละ 1.45, 0.88, 0.86 และ 0.52 ตามลำดับ อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยแผลติดเชื้อลดลง ร้อยละ 1.70, 1.61, 1.57 และ 1.55 ตามลำดับ อัตราการส่งผู้ป่วยแผลกดทับระดับ 2 – 3 จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.79, 5.61, 5.58 และ 5.49 ตามลำดับ และในระยะที่ 1 เดือน ตุลาคม 2558 ถึง เดือน มีนาคม 2559 พบว่ามีอัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (Necrotizing fasciitis) ร้อยละ 5.15 ส่วนในระยะที่ 2 – 4 ไม่พบอัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (Necrotizing fasciitis) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (n = 112)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	ระดับ
1. ระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง	2.85	0.43	มาก
2. สถานที่ให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง	2.83	0.42	มาก
3. ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง	2.73	0.58	มาก
รวม	2.80	0.48	มาก

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (n = 622)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ											
	ระยะที่ 1			ระยะที่ 2			ระยะที่ 3			ระยะที่ 4		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
1. การทำแผล												
1.1 การประเมินแผล	1.89	0.31	ปานกลาง	2.02	0.21	ปานกลาง	2.51	0.54	มาก	2.64	0.51	มาก
1.2 การทำแผล	1.93	0.44	ปานกลาง	2.16	0.45	ปานกลาง	2.52	0.56	มาก	2.64	0.48	มาก
1.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของแผล	1.75	0.47	ปานกลาง	2.31	0.50	ปานกลาง	2.50	0.53	มาก	2.65	0.49	มาก
1.4 การแนะนำวิธีปฏิบัติตัวและการดูแลแผล	2.17	0.42	ปานกลาง	2.32	0.48	ปานกลาง	2.42	0.58	มาก	2.67	0.47	มาก
1.5 ความเจ็บปวดในการทำแผล	2.26	0.47	ปานกลาง	2.18	0.53	ปานกลาง	2.53	0.56	มาก	2.77	0.42	มาก
1.6 ผลของการทำแผล เช่น แผลดีขึ้น	1.96	0.25	ปานกลาง	2.26	0.55	ปานกลาง	2.54	0.57	มาก	2.38	0.49	มาก
1.7 ความรู้ความสามารถของผู้ทำแผล	1.86	0.47	ปานกลาง	2.19	0.43	ปานกลาง	2.54	0.57	มาก	2.64	0.48	มาก
1.8 พฤติกรรมการบริการ	2.11	0.35	ปานกลาง	2.30	0.52	ปานกลาง	2.56	0.56	มาก	2.63	0.51	มาก
2. สถานที่และสิ่งแวดล้อม												
2.1 ความสะอาด	2.33	0.50	ปานกลาง	2.16	0.57	ปานกลาง	2.55	0.51	มาก	2.92	0.27	มาก
2.2 ความสะดวกการเข้าถึง ตั้งอยู่บริเวณที่คนหาง่าย	2.12	0.50	ปานกลาง	2.19	0.44	ปานกลาง	2.57	0.52	มาก	2.75	0.45	มาก
2.3 ความปลอดภัย	2.43	0.53	มาก	2.48	0.53	มาก	2.56	0.50	มาก	2.78	0.43	มาก
2.4 ความพร้อมด้านการให้บริการ	2.51	0.52	มาก	2.50	0.51	มาก	2.70	0.46	มาก	2.81	0.39	มาก
3. การให้บริการ												
3.1 ความรวดเร็ว	2.11	0.35	ปานกลาง	2.40	0.55	มาก	2.59	0.51	มาก	2.59	0.49	มาก
3.2 การจัดลำดับก่อนหลัง	2.65	0.49	มาก	2.68	0.48	มาก	2.70	0.46	มาก	2.72	0.45	มาก
3.3 เวลาเปิดให้บริการ	2.27	0.58	ปานกลาง	2.58	0.51	มาก	2.70	0.49	มาก	2.73	0.44	มาก
3.4 การนัดครั้งต่อไป	2.52	0.52	มาก	2.48	0.54	มาก	2.68	0.47	มาก	2.80	0.40	มาก
รวม	2.18	0.45	ปานกลาง	2.33	0.49	ปานกลาง	2.57	0.52	มาก	2.70	0.45	มาก

ตารางที่ 4 ร้อยละของการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน

ตัวชี้วัด\ระยะเวลา	ระยะที่ 1 (ร้อยละ)	ระยะที่ 2 (ร้อยละ)	ระยะที่ 3 (ร้อยละ)	ระยะที่ 4 (ร้อยละ)
1. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (วัน)	14.00	9.00	5.00	4.00
2. ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admit)	1.45	0.88	0.86	0.52
3. อัตราการตัดเท้าในผู้ป่วยแผลติดเชื้อ	1.70	1.61	1.57	1.55
4. อัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง (necrotizing fasciitis)	5.15	0	0	0
5. อัตราการส่งผู้ป่วยแผลกดทับระดับ 2 – 3 จากโรงพยาบาลชุมชน	5.79	5.61	5.58	5.49
6. ผลลัพธ์ด้านการหายของแผล	85.21	90.00	93.55	97.10
7. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง	25.92	23.40	21.78	20.60

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุซึ่งมีการซ่อมแซมแผลได้ช้ากว่าวัยอื่นๆ มีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย การสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่เป็นไปได้ช้า และเป็นวัยที่มีภูมิต้านทานโรคลดลง (สมบุรณ์ ชัยศรีสวัสดิสุข, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยแผลเบาหวาน แผลเนื้อเน่า และแผลที่ซับซ้อน ร้อยละ 41.80, 29.10 และ 15.60 ตามลำดับ ผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีการรบกวนการเปลี่ยนแปลงอาหารให้เป็นพลังงานและหลอดเลือดเสื่อม ทำให้แผลหายช้า และติดเชื้อง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน และพบอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของพริคและคณะ (Price *et al.*, 2005) พบว่าในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีบาดแผลเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญมาจากอายุขัยของประชากรที่เพิ่มขึ้น และมีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการเกิดบาดแผลเรื้อรังได้มากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ส่งผลให้แผลหายช้า และผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 2 ทีมผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการบรรเทาความเจ็บปวดมาใช้ พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจน และสามารถนำมาใช้ได้จริง พยาบาลวิชาชีพให้การ

ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง อุปกรณ์ทำความสะอาดแผลเรื้อรังได้มาตรฐาน และเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมระดับปานกลาง กำกับติดตามการพัฒนาระบบโดยผู้จัดการรายกรณี สอดคล้องกับการศึกษาของยังและโซเคน พบว่า การจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลต่อระยะวันนอนและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ระยะที่ 3 มีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของศจีมาศ อุณหะจิรัฐรักษ์และคณะ (2555) เรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลและมีกำลังใจดีขึ้น การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ ความมั่นใจ และเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยแผลเรื้อรังและครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

ระยะที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ในชุมชนต่อเนื่อง พัฒนาระบบสารสนเทศ พบว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีระบบสารสนเทศที่ทันสมัย ใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจการให้บริการในภาพรวมระดับมาก

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั้ง 4 ระยะ ส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรังลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร มหาวิไล และยุคลธร จิตรเกื้อกุล (2553) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ซึ่งใช้การอบรมสร้างเสริมองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่าย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง และการสร้างระบบเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของศจีมาศ อุณหะจิริงรักษ์ และคณะ (2555) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ผู้รับบริการพึงพอใจระดับมากในทุกด้าน ทั้งด้านการทำแผล ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม และด้านการให้บริการซึ่งแผลเรื้อรังในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แผลติดเชื้อ (Necrotizing Fasciitis) แผลเบาหวาน (DM ulcer) แผลกดทับ (Pressure ulcer) แผลที่เกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือด (Vessel disease ulcer) แผลเนื้อเน่า (Necrotizing fasciitis) แผลไหม้ (burn) และแผลที่ซับซ้อน (Complex wound) ในแต่ละระยะของการวิจัยมีแผลเรื้อรังแต่ละชนิดในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งกระบวนการหายของแผลจะเริ่มตั้งแต่เกิดแผล และดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ระยะห้ามเลือด (Hemostasis Phase) ระยะที่มีการอักเสบ (Inflammation Phase) ระยะงอกขยาย (Proliferation Phase) และระยะปรับตัว

เข้าสู่ภาวะปกติ (Maturation or Remodeling phase) แต่ละระยะคาบเกี่ยวกันในระยะเวลาที่เหมาะสม (สมบูรณ์ ชัยศรีสวัสดิสุข, 2551) การทำแผลที่ถูกต้องจะช่วยลดอันตรายจากการติดเชื้อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว การทำความสะอาดแผลช่วยลดจำนวนเชื้อโรคในแผล ส่งเสริมการหายของแผล (Taylor *et al.*, 2008) และช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดอัตราการมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิต เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลรักษา (Kathryn & Peter, 2014) ด้านการพยาบาลสามารถลดภาระงาน ทำให้มีเวลาให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น (ธนิต วัชรพุก, 2550)

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง มีการจัดตั้งทีมงานพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังขึ้น จัดทำแผนพัฒนาความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จัดเตรียมอุปกรณ์ทำแผลให้ได้มาตรฐานและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ มีพื้นที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่เป็นสัดส่วนชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายขึ้น แต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสำหรับการดูแลแผลเรื้อรัง เป็นผู้รับผิดชอบและกำกับดูแลระบบ จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการบรรเทาความเจ็บปวด มีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ ความมั่นใจ และเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยแผลเรื้อรังและครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้ง มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง มีระบบสารสนเทศที่ทันสมัย ใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั้ง 4 ระยะ (รูปที่ 1) ส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาล

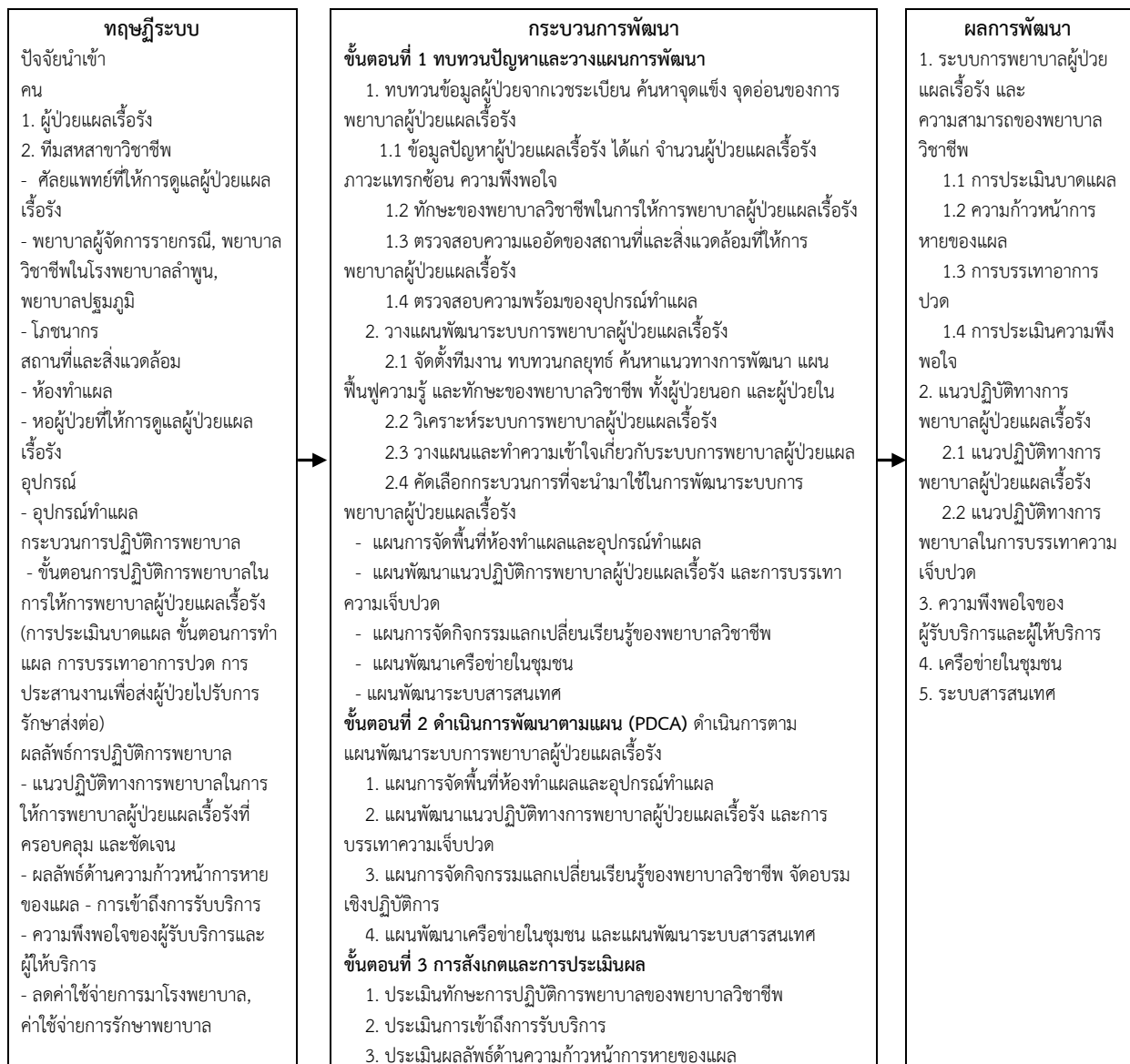
ลำพูน มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ดีขึ้นทุกตัวชี้วัด ด้านการพยาบาลสามารถลดภาระงาน ทำให้มีเวลาให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลเรื้อรังและผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร. วันทนีย์ จันทรเอี่ยม ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะ ช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำพูน และขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยแพทย์ และบุคลากรทางการพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ ๐๑๑/๒๕๕๘ และ ๐๒๕/๒๕๕๙



รูปที่ 1 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน

เอกสารอ้างอิง

- ธนิต วัชรพุกก์. (2550). Wound healing and wound care. ใน: ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, พัฒน์ พงศ์ นาวีเจริญ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ปรีชาธรรณอินเตอร์พรีน, 94 – 106.
- ศจีมาศ อุณหะจิริงรักษ์, สิรินาฏ ทิพย์มุสิก และเฉลิมวรรณ ปิ่นแก้ว. (2555). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 22(2), 1 – 10.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลลำพูน. (2558). สถิติผู้เข้ารับบริการที่มีแผลเรื้อรังในโรงพยาบาลลำพูน ปี 2558: โรงพยาบาลลำพูน.
- สมบูรณ์ ชัยศรีสวัสดิ์สุข. (2551). Basic wound healing: acute wound. ใน: พรพรหม เมืองแมน, จอมจักร จันทรสกุล, พรเทพ เปรมโยธิน, บรรณาธิการ. Update on wound care 2008. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร, 1 – 17.
- อำนวยการ มหาวีไล และยุคลธร จิตรเกื้อกุล. (2553). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง. วารสารกองการพยาบาล. 37(3), 92 – 106.
- Craven RF, & Hirnle CJ. (2009). Fundamentals of nursing: human health and function. (6thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- Donabedian A. (2003). Evaluation the Quality of Medical Care. 44. Milbank Men Fund Quart, 166-206.
- Kathryn V. & Peter V. Wound dressings: principles and practice 2014; 32(9): 462-467.
Available from: URL: 462 467.doi.org/ 10.1016/ j.mpsur.2014.07.001.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Scale for Healing [PUSH tool version 3.0] 1998. [cited 2019 March 15]; Available from: URL: <https://www.npuap.org>.
- Price MC, Whitney JD, King CA. Development of a Risk Assessment Tool for Intraoperative Pressure Ulcers 2005; 32(1): 19–30. [cited 2019 March 15]; Available from: URL: https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2005/01000/Development_of_a_Risk_Assessment_Tool_for.6.aspx.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, & Lynn P. (2008). Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. (6thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.