

การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนของโรงพยาบาลมหาสารคาม
The development of nursing service quality for bedridden patients with pressure ulcers
in the communities of Mahasarakham hospital.

ปารณีย์ มากดี^{1*} สุทธิรัตน์ บุษดี²

Paranee Makdee^{1*} Suthirat Bussadee²

^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

Register nurse Community nurse Department Mahasarakham hospital

Corresponding Author: *E-mail: Suppawan06@hotmail.com

(Received: 31 May 2023 Revised: 9 September 2023 Accepted: 14 September 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 ผู้ร่วมวิจัย คือผู้ร่วมพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล 60 คน และผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ 32 คน ผู้ดูแล 32 คน รวม 124 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับแนวโน้มสูงขึ้น จากการขาดแบบแผนที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย จึงเกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแผลดีขึ้น 27 คน ร้อยละ 84.38 แผลกดทับดีขึ้นเป็นระดับ 2 ร้อยละ 20 และแผลหาย ร้อยละ 80 แผลที่มีความเสี่ยงสูงลดลงเหลือร้อยละ 20.83 ความก้าวหน้าของแผลกดทับมีค่าเฉลี่ยลดลงจากร้อยละ 10.25 เป็นร้อยละ 8.82 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.15

สรุปผลการศึกษา : การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน ส่งเสริมให้ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลแผลที่มีความซับซ้อนภายใต้การเสริมพลังชุมชนของภาคีเครือข่าย ที่เรียกว่า “Pressure Ulcers MSKH Model”

คำสำคัญ: การบริการพยาบาล, ผู้ป่วยติดเตียง, แผลกดทับ

ABSTRACT

Objective : To examine the processes and results of the development of the nursing service model for bedridden patients with pressure ulcers in communities.

Methods : This action research was conducted from October 2021 to September 2022. This study was divided in to 3 phases: 1) the preparation phase 2) the development phase and 3) the assessment phase. The study involved 60 co-developers of the nursing service model and 32 bedridden patients with levels 2-4 pressure ulcers and 32 caretakers, totaling 124 participants. The statistics analyzed data to percentages, means, standard deviation, and content analysis.

Results : An increasing incidence of pressure ulcers in the community because insufficient guideline to real practice led to develop nursing service model for bedridden patients with pressure ulcers in communities. As a consequence, the 27 patients (84.38% of the total patients) recovered from pressure ulcers. Moreover 20% of recovered patients could improve the pressure ulcers reach to grade 2 levels and 80% completely cured. For high-risk pressure ulcers, the proportion decreased to 20.38%. The progression of pressure ulcers reduced from 10.25% to 8.82%. And the satisfaction with the nursing service model at a high level was average score at 4.15.

Conclusions : The development of the nursing service model for bedridden patients with pressure ulcers in communities was the holistic care processes that encouraged and built up the community network with local health workers and caregivers to participated in caring the patients that call “Pressure Ulcers MSKH Model”

Keywords : Nursing service, Bedridden patients, Pressure ulcers.

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญที่คุกคามทั้งชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงเมื่อเกิดแผลกดทับจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมเศรษฐกิจและความพึงพอใจในบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการเกิดแผลซึ่งจะทำให้เจ็บปวดและไม่สุขสบายความเจ็บป่วยยาวนานออกไปส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้และถ้าระดับแผลกดทับที่รุนแรงเช่นแผลระดับที่ 2 ถึง 4 ผู้ป่วยอาจมีภาวะติดเชื้อในกระดูกและกล้ามเนื้อหรือติดเชื้อในกระแสเลือด^(1,2) อาจทำให้ผู้ป่วยช็อกและเสียชีวิตได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าปกติการมีแผลกดทับจะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติจะมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิมและการสูญเสียสภาพลักษณะส่งผลให้ความรู้สึกลดลงด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมากจากการศึกษาสถานการณ์ทั่วโลกพบความชุกมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁽³⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกร้อยละ 5-15 แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม⁽⁴⁾ ในประเทศไทยการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบความชุกการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 11.11 ซึ่งนับว่าเป็นอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง ไม่แตกต่างจากที่พบในต่างประเทศ⁽⁵⁾ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากทั้งสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ระดับกิจกรรม การเคลื่อนไหว และภาวะเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และผลเสียที่ประเมินค่าไม่ได้คือเรื่องของจิตใจซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด

จากการสำรวจสถิติอัตราการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2562-2564 พบผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 197, 220, 172 ราย อัตราการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ 12, 40, 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.09, 18.18, 21.51 ระดับของแผลกดทับที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด คือ แผลระดับที่ 2 จำนวน 15 ราย (เฉพาะที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล 13 ราย ในชุมชน 12 ราย) รองลงมาแผลระดับที่ 3 จำนวน 6 ราย (เฉพาะที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล 5 ราย ในชุมชน 12 ราย) และแผลระดับที่ 4 จำนวน 6 ราย (เฉพาะที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล 4 ราย ในชุมชน 2 ราย)⁽⁶⁾ ตามลำดับ ตำแหน่งของร่างกายที่พบบ่อยที่สุดที่ได้รับผลกระทบจากความเสียหายจากแรงกดส่วนใหญ่จะอยู่ที่ส้นเท้า, ก้นย้อยก้นกบ, บริเวณเหนือก้นกบ, ข้อเท้า, เท้า, นิ้วเท้า, สะโพกและกระดูกเชิงกราน นอกจากนี้แผลกดทับยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทรมานสูญเสียสภาพลักษณะและทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานก่อให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจของชาติด้วยการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลแผลกดทับ จึงต้องอาศัยการจัดการในหลายๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การประเมินการดูแล และการจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ รวมทั้งการบริหารจัดการการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบแต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาการเคลื่อนไหวการรับรู้สัมผัสและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เช่น ได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน การทำกิจวัตรประจำวันการพลิกตะแคงตัว ทำให้การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับจะมีความซับซ้อนมากขึ้นหลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับสิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพราะหากเกิดแผลกดทับขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเรื่องเวลา ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾

การดูแลแผลกดทับที่บ้านเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽⁸⁾ เป็นการให้บริการการดูแลสุขภาพโดยตรงในการให้การพยาบาลที่บ้านและในชุมชน จากการทบทวนคุณภาพระบบบริการและการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนของเครือข่าย

โรงพยาบาลมหาสารคาม⁽⁹⁾ พบว่า ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนครอบคลุมในประเด็นต่างๆ เช่น วิธีปฏิบัติที่มีความหลากหลายทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันข้อบ่งชี้ ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นข้อจำกัดด้านการดูแลและติดตามต่อเนื่อง และการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในรายละเอียดของแผลที่ไม่ชัดเจน อัตราการล้มไม่เพียงพอ ทำให้ความเหนื่อยล้าและเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลและการป้องกันไม่เพียงพอ ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการหายของแผลไม่เพียงพอต่อความต้องการทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหการดูแลแผลกดทับในชุมชน มีข้อจำกัดด้านอัตราการล้มในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเพื่อพัฒนาผู้ป่วยผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทสังคมสิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจฐานะของผู้รับบริการ รวมทั้งเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลตามความเหมาะสมลดจำนวนวันนอนลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยครอบครัวและภาครัฐ

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลการควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดจึงต้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนโดยประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านมาในการดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพปลอดภัยมีภาวะสุขภาพที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพื่อนำผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดังกล่าวไปใช้ขยายผลในการดูแลแผลกดทับผู้ป่วยติดเตียงตามบริบทพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) ดำเนินการวิจัยเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565

2. ผู้มีส่วนร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาจำนวน 60 คน ประกอบด้วย

- 1) แกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชน จำนวน 14 คน
- 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 46 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลจำนวน 64 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน จำนวน 32 คน
- 2)ญาติ/ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 32 คน

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง (sample size) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ในการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ จำนวน 60 คน

Required Sample Size [†] from: The Research Advisors									
Population Size	Confidence = 95.0%					Confidence = 99.0%			
	Degree of Accuracy/Margin of Error					Degree of Accuracy/Margin of Error			
	0.05	0.035	0.025	0.01		0.05	0.035	0.025	0.01
10	10	10	10	10		10	10	10	10
20	19	20	20	20		19	20	20	20
30	28	29	29	30		29	29	30	30
60	52	56	58	60		55	57	59	60
64	55	59	61	64		58	61	63	64
124	94	107	115	122		105	114	119	123

รูปที่ 1 แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER

ที่มา: Buchner (2010); Cohen (1977)⁽¹⁰⁾

2. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง (sample size) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ได้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ จำนวน 64 คน

Required Sample Size [†] from: The Research Advisors									
Population Size	Confidence = 95.0%					Confidence = 99.0%			
	Degree of Accuracy/Margin of Error					Degree of Accuracy/Margin of Error			
	0.05	0.035	0.025	0.01		0.05	0.035	0.025	0.01
10	10	10	10	10		10	10	10	10
20	19	20	20	20		19	20	20	20
30	28	29	29	30		29	29	30	30
60	52	56	58	60		55	57	59	60
64	55	59	61	64		58	61	63	64
124	94	107	115	122		105	114	119	123

รูปที่ 2 แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER ที่

มา: Buchner (2010); Cohen (1977)⁽¹⁰⁾

3. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

3.1 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

1) เป็นแกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชน และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม

2) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

3) มีความสนใจยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

2. เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

ไม่สนใจที่จะอยู่ในโครงการวิจัย

3. เกณฑ์การยุติการวิจัยก่อนกำหนด

หากได้รับความเสียหายจากการวิจัยจะมีการยุติโครงการทันที

3.2 กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

1) เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับระยะที่ 2 ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง

2) เป็นญาติ/ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับระยะที่ 2 ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม

3) มีความสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

2. เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

ไม่สมัครใจที่จะอยู่ในโครงการวิจัย

3. เกณฑ์การยุติการวิจัยก่อนกำหนด

หากได้รับความเสียหายจากการวิจัยจะมีการยุติโครงการทันที

4. ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาโครงการวิจัย 12 เดือน

วันที่เริ่มต้น 1 ตุลาคม 2564 วันที่สิ้นสุด 30 กันยายน 2565

5. การพิทักษ์สิทธิทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามรหัสโครงการวิจัย MSKH_REC 64-01-053 ออกให้ไว้ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และการเผยแพร่ผลการศึกษา

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับมาตรฐานการบริการพยาบาลในชุมชนของกองการพยาบาล ปี 2565 พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นมาตรฐานสากลแล้ว ซึ่งถูกพัฒนามาจากองค์กรด้านแผล (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP)⁽¹¹⁾ จึงนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

6.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Check list ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

6.2 แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden scale) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การเสียดสีและการดึงรั้ง เกณฑ์ในการให้คะแนนความเสี่ยงแต่ละด้านให้คะแนน 1-4 คะแนน ยกเว้นด้านที่ 6 ให้คะแนน 1-3 คะแนน

6.3 แบบประเมินติดตามการหายของแผลกดทับที่บ้าน (PUSH Tool version 3.0) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) สำหรับใช้ประเมิน 3 ปัจจัย คือ พื้นที่ของแผล สิ่งคัดหลั่ง และพื้นผิวแผล ใช้ประเมินติดตามการหายของแผลทุก 5-7 วัน

6.4 แบบประเมินความพึงพอใจมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 7 ด้าน

6.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกการสนทนากลุ่ม

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยได้สำรวจสถานการณ์ของปัญหา สภาพการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มสูงขึ้น วิเคราะห์สาเหตุคือขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแล และไม่มีการบันทึกข้อมูลการดูแลแผลมีการศึกษาแนวทางการดำเนินงาน แนวคิดทฤษฎีตำราเอกสารวิชาการ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

กระบวนการที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกันระหว่างผู้พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล แกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวม ผู้วิจัยจึงได้นำมาสรุปในตารางการวิเคราะห์ ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงประเด็นการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากการสำรวจ

ประเด็นการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	ข้อค้นพบ
1. ด้านแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ	ขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
2. ด้านการดูแลต่อเนื่องในการดูแลแผล	ขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลแผล แกนนำในชุมชนยังขาดทักษะในการดูแลแผล
3. ด้านการบันทึกข้อมูลการดูแลแผล	ขาดการบันทึกข้อมูลการดูแลแผล ไม่มีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล
4. ด้านการใช้งานของวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์	วัสดุอุปกรณ์ในการทำแผลไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมกับขนาดของแผล และเวชภัณฑ์ที่ใช้กับแผลไม่ทันสมัย

กระบวนการที่ 2 การวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยประสานมาที่กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน (ศูนย์ฝึกทักษะที่บ้าน และชุมชน) ส่งญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหลักเพื่อมาเรียนฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การเตรียมบ้านจากบ้านเสมือนจริง และส่งมอบผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการตติยภูมิกับหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลแผลกดทับร่วมกัน

กระบวนการที่ 3 จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนได้พัฒนาแนวทางดังกล่าวจากการทบทวนสถานการณ์ปัญหา และกำหนดหัวข้อที่จำเป็น จำนวน 10 เรื่อง คือ 1. การจัดทำทางผู้ป่วย 2. โภชนาการ 3. การดูแลผิวหนัง 4. การลดแรงกดแรงเสียดทาน 5. การจัดการภาวะที่ควบคุมไม่ได้ 6. การจัดการแผล 7. การเตรียมผู้ดูแล 8. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 9. ช่องทางการรายงานความก้าวหน้าของแผลกดทับ และ 10. มีเครือข่ายติดตาม

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Act)

กระบวนการที่ 4 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการดูแลแผลกดทับแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและเครือข่ายแกนนำเชี่ยวชาญโดยจัดให้เป็นแกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ 10 เรื่อง

กระบวนการที่ 5 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอเช่น อุปกรณ์ วัสดุทำแผล โดยเพิ่มผลิตภัณฑ์เพื่อส่งเสริมการขายของแผลกดทับเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับของแผลตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

กระบวนการที่ 6 จัดทำคู่มือการดูแลแผลกดทับโรงพยาบาลมหาสารคามที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติและภาพประกอบการทำแผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe)

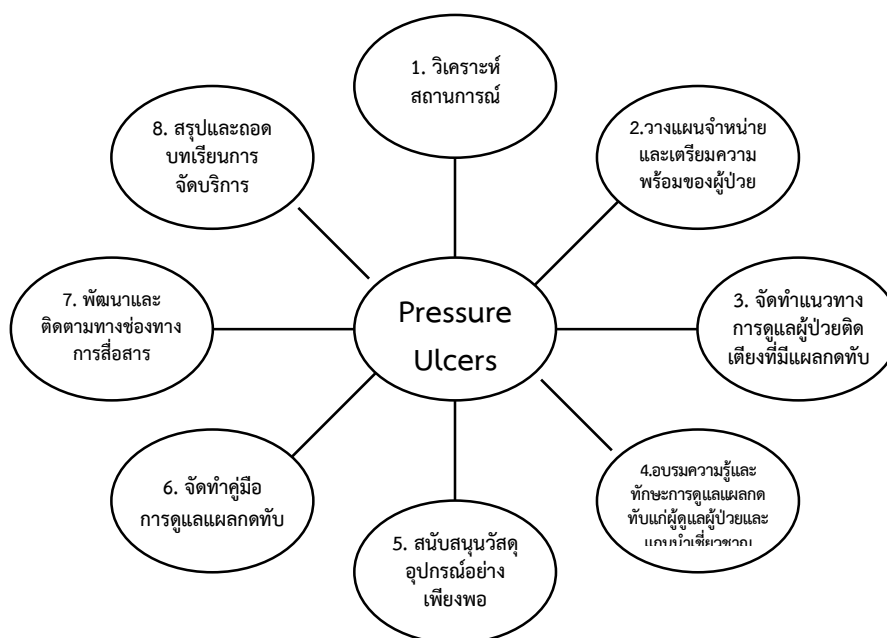
กระบวนการที่ 7 พัฒนาและติดตามทางช่องทางการสื่อสารให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายแกนนำชุมชน แบ่งเป็น 4 ช่องทาง คือ การสื่อสารกับแพทย์ปฐมนิเทศและแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมด้วยโปรแกรมคลินิกเยี่ยมบ้าน การสื่อสารกับผู้ดูแลด้วย Application Line ศูนย์เยี่ยมบ้าน การสื่อสารกับเครือข่ายแกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชนด้วย Application Line ศูนย์อสม./CG/อสม.หมอบระจำบ้าน เขตเมืองมหาสารคาม และการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ด้วย Application Line “HHC/QA เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflect)

กระบวนการที่ 8 สรุปและถอดบทเรียนการจัดบริการ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนของโรงพยาบาลมหาสารคามหรือ PressureUlcers MSKH Model สามารถสรุปได้ดังนี้



รูปที่ 3 PressureUlcers MSKH Model

2. ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน มีดังนี้

2.1 คุณลักษณะทางประชากร จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน ร้อยละ 56.25 เพศชาย จำนวน 14 คน ร้อยละ 43.75 อายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 97 ปี อายุเฉลี่ย 71.37 ปี (SD=17.087) พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ ≥ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน ร้อยละ 37.50 รองลงมาอายุ 70-79 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 25.0 อายุ 60-69 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 21.88 และน้อยที่สุด อายุ ≤ 60 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 15.63 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วม จำนวน 30 คน ร้อยละ 93.75 และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากอุบัติเหตุจำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.25

2.2 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ(Braden's Score) ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนา

ค่าคะแนน	ก่อนพัฒนา (n=32)		หลังพัฒนา (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15-18 คะแนน (ความเสี่ยงเล็กน้อย)	2	6.25	10	31.25
13-14 คะแนน (ความเสี่ยงปานกลาง)	11	34.37	17	53.12
≤ 12 คะแนน (ความเสี่ยงสูง)	19	59.37	5	15.62
Mean = 11.72 , SD = 1.651, Min = 9, Max = 16 (ก่อนพัฒนา)				
Mean = 13.28, SD = 1.746, Min = 9, Max = 17 (หลังพัฒนา)				

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ก่อนพัฒนา ค่าคะแนนมากที่สุด คือ ≤ 12 คะแนน จำนวน 19 คน ร้อยละ 59.37 และหลังพัฒนา ค่าคะแนนความเสี่ยงดีขึ้นจากเดิม เหลือเพียง 5 คน โดยมีกลุ่มเสี่ยงปานกลาง มากที่สุด จำนวน 17 คน ร้อยละ 53.12

2.3 การประเมินอัตราการหายของแผลจากการติดตามการหายของแผลกดทับที่บ้าน

ตารางที่ 3 การประเมินอัตราการหายของแผลกดทับ จำแนกตามระดับของแผล

ระดับของแผล	ก่อนพัฒนา (แรกพบ)		หลังพัฒนา	
	จำนวน	หาย	ดีขึ้น	คงเดิม/แย่ลง
แผลระดับ 2	20 (ร้อยละ 62.5)	16 (ร้อยละ 50.0)	4 (ร้อยละ 12.5)	0
แผลระดับ 3	4 (ร้อยละ 12.5)	0	0	4 (ร้อยละ 12.5)
แผลระดับ 4	8 (ร้อยละ 25.0)	0	7 (ร้อยละ 21.88)	1 (ร้อยละ 3.13)

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ก่อนพัฒนา ส่วนใหญ่มีแผลระดับ 2 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.5) รองลงมา แผลระดับ 4 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 25.0) และแผลระดับ 3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.5) และหลังพัฒนา กลุ่มที่มีแผลระดับ 2 มีแนวโน้มหาย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 50.0) ดีขึ้น จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.5)

2.4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชนตามแบบสอบถามของกองการพยาบาลจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน จำนวน 32 คน ในภาพรวม

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนก่อนและหลังพัฒนา

ความพึงพอใจรายด้าน (n=32)	ระดับความพึงพอใจ			การแปล ค่าระดับ
	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	
ด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการ	80.06	4.03	0.78	มาก
ด้านการให้ความรู้หรือคำแนะนำการปฏิบัติตัว	82.00	4.10	0.71	มาก
ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรผู้ให้บริการ	82.80	4.14	0.69	มาก
ด้านคุณภาพการให้บริการโดยรวม	84.38	4.15	0.57	มาก

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 84.38 (คะแนนเฉลี่ย=4.15, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.57) อยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน เป็นกระบวนการที่นำไปปฏิบัติโดยส่งเสริมให้เครือข่ายแกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชนและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลจัดการแผลที่มีความซับซ้อนโดยกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนร่วมวางแผนจำหน่าย ฝึกทักษะ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม ทันทั่วถึง ภายใต้การเสริมพลังชุมชนของภาคีเครือข่ายที่เรียกว่า “Pressure Ulcers MSKH Model” เกิดเป็นกระบวนการดูแลที่ส่งเสริมให้แผลมีการหายและดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 84.38 มีเพียงร้อยละ 15.62 เท่านั้นที่ยังคงเดิม/แย่ลง โดยแผลระดับ 2 มีอัตราการหายดีที่สุด และสร้างความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 84.38

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน ประกอบด้วย 8 กระบวนการที่ส่งผลให้แผลกดทับมีอัตราการหายและดีขึ้น ซึ่งมีการวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับร่วมกับทีมสหวิชาชีพ นำไปพัฒนาให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและเครือข่ายแกนนำผู้เชี่ยวชาญโดยจัดให้เป็นแกนนำผู้เชี่ยวชาญด้านแผลในชุมชน สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการหายของแผลอย่างเพียงพอจัดทำคู่มือการดูแลแผลกดทับและภาพประกอบการทำแผลใช้ Application ในการติดตามสื่อสารครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพสอดคล้องกับการศึกษาของผกามาต พิธรากร (2564) เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ : บทบาทพยาบาล”⁽¹²⁾ พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในด้านการประเมินแผลกดทับ ดังนั้น การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลสภาพผิวหนังและการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน สามารถต่อยอดและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนได้ อาทิเช่น กระบวนการพัฒนาทักษะญาติหรือผู้ดูแล แกนนำสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ หรือมีอุปกรณ์ติดตัวกลับจากโรงพยาบาล เป็นส่วนสำคัญที่สามารถพัฒนาระบบบริการด้านอื่นๆ ให้มีแบบแผนที่ชัดเจนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019 Oct;81(4):881–90
2. Dorsey, I. E. Evidence based repositioning strategies to improve pressure injury rates. Master's Projects and Capstones [Internet]. 2021. [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://repository.usfca.edu/capstone/1287>.
3. Alderden J, Drake KP, Wilson A, Dimas J, Cummins MR, Yap TL. Hospital acquired pressure injury prediction in surgical critical care patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021 Dec;21(1):12.
4. Akbari Sari A, Doshmanghir L, Neghaban Z, Ghiasipour M, Beheshtizavareh Z. Rate of Pressure Ulcers in Intensive Units and General Wards of Iranian Hospitals and Methods for Their Detection. *Iran J Public Health*. 2014 Jun;43(6):787–92.
5. กัลยา ชาญเฉลิมและคณะ. ปัจจัยทำนายและปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติ ศัลยกรรม:การศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 2565;28(1):1-15.
6. งานยุทธศาสตร์สุขภาพ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เอกสารการตรวจราชการและนิเทศ งานกรณีปกติกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2/2565: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2565.
7. จิณพิชญ์ชา มะมม. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบต่อเนื่องต่อการส่งเสริมการหายของแผลภาวะโภชนาการและอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุ. [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
8. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลชุมชน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2559.
9. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารรายงานประจำปีกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2564: งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน; 2564.
10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007 May;39(2):175–91.
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. *Wound Care News*. Industry News. WoundSource [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://www.woundsource.com/blog/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-change-in-terminology-pressure-ulcer>.
12. ผกามาศ พิธากร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ : บทบาทพยาบาล. *หัวหินเวชสาร*. 2564;1(1):33-48