

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับ การดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้าน

ณิรนุช วงศ์เจริญ ปร.ด.*

ทัศนมินทร์ รัชตารณรัชต์ ปร.ด.**

* โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

** ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและความปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

วันรับ:	16 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	19 มี.ย. 2563
วันตอบรับ:	23 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักบริเวณ neck of femur, intertrochanteric และ sub-trochanteric ที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้าน ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 จำนวน 14 และ 19 คน ตามลำดับ เครื่องมือวิจัยเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยบันทึกการเยี่ยมบ้านและแบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พัฒนารูปแบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ นำวงจร PAOR 4 ขั้นตอน มาใช้เป็นวงล้อในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ pair sample t-test ผลการศึกษา พบว่า ผลการดูแลผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนพัฒนา (ปี 2559) และหลังพัฒนา (ปี 2560 และ 2561) มีอัตราการเกิดผลกดทับลดลง เท่ากับร้อยละ 66.67, 28.57 และ 11.11 ตามลำดับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.58, 80.25 และ 92.59 อัตราการเสียชีวิตในปีแรกลดลง เท่ากับร้อยละ 33.33, 7.14 และ 0.00 ตามลำดับ และคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะดัดถ่วงน้ำหนักก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะมากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงมีการส่งเสริมให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้านมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; กระดูกต้นขาหัก; การดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้าน

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.20 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 32.10 ในปี 2583

ซึ่งคาดว่าในปี 2564 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society)⁽¹⁾ ภาวะกระดูกหัก (fracture) พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย⁽²⁾ ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมี

แนวโน้มกระดูกต้นขาหัก แดงและร้าว เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 40.00 และจากการศึกษาเป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่าจะมีอัตราเสียชีวิตภายในปีแรกถึงร้อยละ 17.00-28.00 ภาวะกระดูกหักที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ กระดูกหักบริเวณคอกระดูกต้นขา สาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.00) เกิดจากการผลัดตกหกล้ม⁽³⁾ ภาวะกระดูกหักไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่มีพยาธิสภาพ เนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณนั้น ได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อเส้นเอ็น เส้นประสาท เยื่อหุ้มกระดูกมักได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย และมักพบว่ามี การอักเสบของหลอดเลือดเกิดก้อนเลือดขัง (hematoma) การอักเสบ (inflammation) ทำให้เกิดความปวด (pain)⁽⁴⁾ ทั้งนี้ภาวะกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุการรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีดัดถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (skin traction) อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจมีความเสี่ยงเกิดการเสียชีวิตมาก⁽⁵⁾ หรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า

การดัดถ่วงน้ำหนัก (traction) เป็นการรักษาโดยใช้แรงดึงที่บริเวณขาโดยใช้น้ำหนักถ่วงในทิศทางตรงกันข้ามกับแรงดึงของกล้ามเนื้อ เพื่อรักษาแนวกระดูกหักให้อยู่ในตำแหน่งเดิม หรือเป็นการคงสภาพกระดูกไว้ชั่วคราวจนกว่าจะผ่าตัด หรือใช้รักษาในผู้ที่มีกระดูกหักข้อเคลื่อน หรือภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งเป็นเวลานานๆ มักทำที่รยางค์ เช่น กระดูกต้นขา (femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (tibia) หรือใช้ดัดศีรษะในรายที่ผู้ป่วยกระดูกบริเวณคอแตกหรือร้าว⁽⁶⁾ การดัดถ่วงน้ำหนักเป็นการรักษาที่สามารถช่วยในอาการลดปวดในผู้ป่วยกระดูกหักได้ดี^(7,8) การดัดถ่วงน้ำหนักจำแนกตามประเภทของเครื่องดึงได้ 2 ประเภท โดยแบ่งตามอวัยวะที่ดึง ได้แก่ การดึงกระดูกผ่านผิวหนัง (skin traction) เป็นการดึงกระดูกโดยใช้แรงดึงที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) และการดึงผ่านกระดูก (skeletal traction) เป็นการดึงที่กระดูกโดยตรง จากการศึกษาพบว่าการรักษากระดูกต้นขาหักด้วยวิธีการดึงกระดูกผ่านผิวหนังจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการดึงผ่านกระดูก⁽⁹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีการการดัดถ่วงน้ำหนักเพื่อ (1) ดึงขึ้นกระดูกที่

หักให้อยู่หนึ่ง และให้กระดูกส่วนที่หักเกาะกันค่อยๆ ยึดออก จัดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนให้เข้าที่ (reduction) (2) บรรเทาความปวดจากการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หัก (relieve pain) โดยจัดให้อวัยวะส่วนนั้นอยู่นิ่ง (immobilization) (3) บรรเทาอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (relieve muscle spasm) และ (4) ป้องกันและแก้ไขรูปพิการ (prevent and correct deformities)⁽¹⁰⁾

สถานการณ์ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักของโรงพยาบาล พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2559-2561 เท่ากับ 9, 14 และ 19 ราย ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2559 พบว่า ร้อยละ 85.71 มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สูงขึ้น จากการศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักของงานเยี่ยมบ้านในปีงบประมาณ 2559 พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้องที่บ้าน เครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนขณะดัดถ่วงน้ำหนัก ได้แก่ มีอัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 66.67 การปฏิบัติตัวและดูแลของญาติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 71.42 และมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรก ร้อยละ 33.33 จากการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดถ่วงน้ำหนักที่บ้าน พบว่า การวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ (2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล (3) การกำหนดแบบแผนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และ (4) กระบวนการส่งต่อการดูแลต่อเนื้องในทุกๆ ระยะของความเจ็บป่วย⁽¹¹⁾

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้านจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลร่วมกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพัฒนาระบบ PAOR ของ Kemmis S and McTaggart R⁽¹²⁾ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นวงจรรูปเกลียว (spiral) ที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (ob-

servation) และการสะท้อนกลับ (reflection) มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการวิเคราะห์ตามแผนภูมิแก๊งปลา (Fishbone diagram or Ishikawa diagram)⁽¹³⁾ ในการหาสาเหตุและปัจจัย (factors) ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้าน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้าน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักบริเวณ neck of femur, intertrochanteric และ subtrochanteric ทั้งหมดที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้านของงานเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลปง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 14 คน และระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 19 คน

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis S และ McTaggart R⁽¹²⁾ ประกอบด้วยการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (planning) เพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) (3) การสังเกตการณ์ (observation) และ (4) การสะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการวิเคราะห์ตามแผนภูมิแก๊งปลา⁽¹³⁾ (Fishbone diagram or Ishikawa diagram) ในการหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับ

การดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และ (2) แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะ on-skin traction ลักษณะแบบประเมินเป็นชนิดเลือก 2 คำตอบคือ “ปฏิบัติถูกต้องหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง” แบบประเมินใช้เกณฑ์การประเมินตามหลักการดูแลผู้ป่วย on skin traction⁽¹⁰⁾ ได้แก่ (1) แนวของการดึง (line of pull) (2) ลดแรงเสียดทาน (prevent friction) (3) ทำให้มีแรงต้านกับตุ่มน้ำหนักหรือแรงถ่วง (counter traction) (4) ดัดถ่วงน้ำหนักตลอดเวลา (continuous traction) (5) รักษาแนวของลำตัวได้ถูกต้อง (correct body alignment) (6) การใช้ยา (medicine) และ (7) การรับประทานอาหาร (diet) แบบประเมินทั้งหมดมีจำนวน 11 ข้อ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสอบถาม และสังเกตการปฏิบัติตัวและการดูแลของญาติในขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) ได้แก่ Pair sample T-test กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย on skin traction โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ปีงบประมาณ 2560) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วย on skin traction โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสามารถ

วิเคราะห์หาสาเหตุตามแผนภูมิแก๊งปลา (Fishbone diagram or Ishikawa diagram) พบสาเหตุดังนี้

1.1 บุคคล (man) ประกอบด้วย (1) ด้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เปื่อไม่ยกนอนอยู่กับที่นาน ๆ ท้อแท้ รู้สึกปวดเอาออกแล้วดีขึ้นจึงไม่ใส่ต่อ และขาดผู้ดูแล (2) ด้านผู้ดูแล ขาดความตระหนัก ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ญาติคิดว่าผู้ป่วยแก่แล้วเดินไม่ได้ก็ไม่เป็นไร และตามใจผู้ป่วยไม่ยกฟังกเสียงบ่น และ (3) ด้านเจ้าหน้าที่ มีบุคลากรไม่เพียงพอ ในพื้นที่มีความหลากหลายของวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน จึงขาดความรู้ความชำนาญ และทักษะการดูแลผู้ป่วย on skin traction

1.2 กระบวนการทำงาน (method) มีแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่ระบุเวลาและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอโป่งในการเยี่ยมบ้าน และระบบการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง

1.3 วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการ (material) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า สถานที่ เตียง อุปกรณ์ที่บ้านไม่เหมาะสม ลักษณะการตั้งไม่ถูกต้อง และขณะ on skin traction อุปกรณ์มีการชำรุด และไม่มีอุปกรณ์สำรองในพื้นที่

1.4 อุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก (machine) เป็นจุดแข็งของการปฏิบัติงานโดยทาง โรงพยาบาลให้การสนับสนุนเรื่องยานพาหนะในการเยี่ยมบ้านเป็นอย่างดี

1.5 สิ่งแวดล้อม (environment) ลักษณะผู้ป่วยในชุมชนมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สภาพที่อยู่อาศัย สถานที่สำหรับดัดถ่วงน้ำหนัก วัสดุอุปกรณ์ และผู้ดูแล เป็นต้น

หลังการวิเคราะห์ปัญหา นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดแผนการดำเนินงานให้มีการฟื้นฟูความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโป่ง และวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action)

เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction โดยการจัดประชุมฟื้นฟูและพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอโป่ง หลังจากนั้นมีการระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่องทางการขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่า และกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

1. ระยะ on skin traction มีการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เน้นการให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณี โดยมีการกำหนดให้มีการเยี่ยมทุกอาทิตย์ จนกว่าจะ off skin traction กรณีมีภาวะแทรกซ้อนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่พิจารณาเยี่ยมตามความจำเป็น

2. ระยะหลัง off skin traction มีการติดตามเยี่ยมหลัง off 1 สัปดาห์ เพื่อฟื้นฟู ฝึกการทรงตัว และฝึกเดิน กรณีมีปัญหาในเรื่องการเดิน/ข้อติด นัดเข้ามารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลโป่ง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการเก็บข้อมูลผลการดำเนินการ อุปสรรค และปัญหาที่พบ เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ในระยะที่ 1

ระยะที่ 2 (ปีงบประมาณ 2561) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งนอกจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวแล้ว ยังมี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องด้วยเป็นคนในพื้นที่ มีความใกล้ชิดสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ดังนั้นจึงจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รักษาโดยวิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) เป็นการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการและการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการอบรมให้ความรู้ทางทฤษฎีฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้วยการปฏิบัติจริง และมีการทดสอบความรู้ทางทฤษฎีก่อนและหลังการอบรม และการสอบภาคปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการส่งเสริมให้ อสม. และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ที่ได้รับการพัฒนาในระยะเวลาที่ 1 ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) ประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ในระยะเวลาที่ 2

ผลการศึกษา

หลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก ต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ผลการดูแลผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนพัฒนาเป็นข้อมูลในปีงบประมาณ 2559 และหลังพัฒนาในระยะเวลาที่ 1 เป็นช่วงปีงบประมาณ 2560 ส่วนระยะเวลาที่ 2 เป็นช่วงปีงบประมาณ 2561 มีอัตราการเกิดแผลกดทับลดลง เท่ากับร้อยละ 66.67, 28.57 และ 11.11 ตามลำดับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.58, 80.25 และ 92.59 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตในปีแรกลดลง เท่ากับร้อยละ 33.33, 7.14 และ 0.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะ on skin traction ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 พบว่า คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะ on skin traction ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน

ตัวชี้วัด	ร้อยละ		
	ก่อนการพัฒนา (ปีงบประมาณ 2559) (6 ราย)	ระยะเวลาที่ 1 (ปีงบประมาณ 2560) (4 ราย)	ระยะเวลาที่ 2 (ปีงบประมาณ 2561) (2 ราย)
อัตราการเกิดแผลกดทับ	66.67	28.57	11.11
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้อง	28.58	80.25	92.59
อัตราการเสียชีวิตในปีแรก	33.33	7.14	0.00

ตารางที่ 2 คะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังของผู้ป่วย on skin traction ในระยะเวลาที่ 1

คะแนนการประเมินการปฏิบัติตัว	n	Mean	SD	t	p
คะแนนก่อน	14	5.7857	2.88707	-4.795	>0.01
คะแนนหลัง	14	9.1429	0.66299		

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้าน

ตารางที่ 3 คะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังของผู้ป่วย on skin traction ในระยะที่ 2

คะแนนการประเมินการปฏิบัติตัว	n	Mean	SD	t	p
คะแนนก่อน	19	6.2105	2.43992	-10.470	>0.01
คะแนนหลัง	19	10.5263	1.64548		

วิจารณ์

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของกระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ตามรายละเอียดในตารางที่ 4

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดแผลกดทับลดลง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตลดลง ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญสำหรับทีมสุขภาพซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนที่ต้องดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ผลการติดตามดูแล

ตารางที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>1. ระยะได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้าน (on skin traction)</p> <p>1.1 ทีมการเยี่ยม การเยี่ยมบ้านโดยศูนย์ HHC ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด และพยาบาล</p> <p>1.2 ระยะเวลาในการเยี่ยม ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง หลังจากนั้นส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนือง</p> <p>2. ระยะหลังการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านออก (off skin traction)</p> <p>นัดติดตามกรณีมีปัญหาในเรื่องการเดิน/ข้อติด โดยมีการนัดเข้ารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง</p>	<p>1. ระยะได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้าน (on skin traction)</p> <p>1.1 ทีมการเยี่ยม การเยี่ยมบ้านโดยศูนย์ HHC โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ บุคคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณี</p> <p>1.2 ระยะเวลาในการเยี่ยม มีการกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมในระยะ on skin traction โดยมีการเยี่ยมต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะ off skin traction</p> <p>2. ระยะหลังการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านออก (off skin traction)</p> <p>มีการติดตามเยี่ยมหลัง off skin traction ได้ 1 สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีเดินได้ปกติจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์ HHC ได้ และหลังจากนั้นส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนือง - กรณีมีปัญหาในเรื่องการเดิน/ข้อติด นัดเข้ารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากนั้นให้นักกายภาพบำบัดประเมินซ้ำอีกครั้ง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC เดือนละ 1 ครั้ง จนผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ หลังจากนั้นจึงส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนือง

สร้างความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถกลับมาเดินได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดัดถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังอย่างต่อเนื่องครบตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการหรือสร้างนวัตกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย on skin traction
2. ควรมีการสร้างนวัตกรรมด้านอุปกรณ์สำหรับ on skin traction

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปาง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน-ครีเอชั่น; 2554.
3. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. อุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา 10 ปี และการพยากรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://health.kapook.com/view18033.html>
4. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักและสูญเสียอวัยวะ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2555.
5. ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ใน: วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, ภัทรวิญญ์ วรรณารัตน์,

- ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลาทะเจริญสมบัติ, สรศักดิ์ ศุภผล, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่. กรุงเทพมหานคร. โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 165-80.
6. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. การดัดถ่วงน้ำหนัก. ใน: วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, ภัทรวิญญ์ วรรณารัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลาทะเจริญสมบัติ, สรศักดิ์ ศุภผล, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2550. หน้า 61-72.
7. Etxebarria-Foronda I, Caeiro-Rey JR. The usefulness of preoperative traction in hip fracture. Rev Osteoporos Metab Miner 2018;10(2):98-102.
8. Manafi RA, Amoozadeh F, Khani S, Kamrani RA, Sazegar A. The effect of skin traction on preoperative pain and need for analgesics in patients with intertrochanteric fractures: a randomized clinical trial. Arch Trauma Res 2015;4(2):1-4.
9. Dkhar P, Sengupta M, Iawim R. An explorative study to find out the prevalence of complication among orthopaedic patients with skin traction and skeletal traction, admitted in selected hospital, Guwahati, Assam. International Journal of Health Sciences and Research 2019; 9(10):131-5.
10. ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ लयนันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม, บรรณาธิการ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2555.
11. กมลศรี ไชยนาเมือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดถ่วงน้ำหนักที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานีจังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556. 112 หน้า.
12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1992.
13. Ishikawa K. Introduction to quality control. Tokyo: 3A Corporation; 1990.

14. ชนิษฐา รัตนกัลยา, มรรยาท ณ นคร, สมพิศ การดำริห์, สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดึงอ่วงน้ำหนัก. พยาบาลสาร
พัฒนาวรรณ บุญฤกษ์, ทศนีย์ ธนะศาล. ความต้องการความ 2557;41(ฉบับพิเศษ):112-22.
สุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความ-

Abstract: Effect of Development of Community Participatory Model for Femur Fracture with Home Skin Traction

Neeranuch Wongcharoen Ph.D.*; Tasanamin Ratchatathanarat D.P.A.**

** Pong Hospital, Phayao Province; ** The Research and Development Center of Security the Coast in Gulf and Andaman of Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(3):500-8.

The purposes of this action research were to develop and study the results of community participatory model for the care of femur fracture patients with home skin traction. The samples were patient with fracture at the neck of femur, intertrochanteric and sub-trochanteric areas with home skin traction in Pong Hospital, Chiangmai Province, selected by purposive sampling. The study was divided into two periods: fiscal year 2016 (14 patients) and fiscal year 2017 (19 patients). The research instruments were medical records, home visit records and self-report questionnaire. The care model was participated by multidisciplinary team and the Kemmis and McTagart's PAOR process (planning, action, observation, and reflection) was applied for continuous quality improvement. Data were analyzed by using descriptive statistics and the pair sample t-test. This study revealed that there were different between the results of care for patients between before and after the model development. The incidence of pressure sores decreased from 66.67 percent to 28.57 and 11.11 percent from 2015 to 2016 and 2017, respectively; and the percentage of good health practices while on skin traction increased from 28.58, 80.25 and 92.59 percent, respectively. The score of knowledge and self-care behaviors while on skin traction between before and after was statistically significant ($p < 0.01$). These findings indicated that community participatory model for femur fracture care with home skin traction has enhanced continuing care, knowledge and self-care behaviors of the patients and care givers. In addition, the development of multidisciplinary team and village health volunteers had further improved the quality of care for femur fracture patients with home skin traction.

Keywords: community participation; femur fracture; home skin traction