

รายงานวิจัย

Research Articles

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน Care Model Development for Chronic Wound Patients in the Community

ภัสนันท์ กุลลา* วิภาพร สิริพิสาตร์* สมศรี ปานพลอย†
Patsanan Kulla* Vipaporn Sittisart* Somsri Panploy†

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช 65000

*Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, 65000

†กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 65000

†Surgical Nursing Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital 65000

Corresponding author e-mail address: airin2108@gmail.com

Received: May 6, 2024

Revised: January 1, 2025

Accepted: January 14, 2025

Abstract

Chronic wounds affect the quality of life of patients. This study aimed to develop a model for caring for chronic wound patients in the community during October 2023-July 2024. The study consisted of four phases: 1) situation analysis, 2) development of a model for caring for chronic wound patients in the community, 3) testing, refining, and trialing the model, and 4) actual implementation and evaluation. The study involved 62 participants, including caregivers and chronic wound patients in Mueang District, Phitsanulok Province. Data collection tools included interviews, questionnaires, observation forms, wound progress records using the PUSH Tool Version 3.0, and caregiver satisfaction surveys. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Knowledge and skills were compared using paired t-test and exact probability test. The results of the research found that the knowledge and skills of caregivers in the experimental group were significantly higher than before the development. When comparing wound healing outcomes between the experimental and control group, the experimental group demonstrated significantly better results. The caregiver satisfaction was at a very good level. Community nursing services should apply this development model for the care of patients with chronic wounds in the community and for home-based patient care in the future.

Keywords: chronic wound care in the community, chronic wound patients, caregiver

Buddhachinaraj Med J 2024;41(3):262-83.

บทคัดย่อ

แผลเรื้อรังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน 3) นำไปทดสอบ ปรับปรุงและทดลองใช้ 4) นำไปใช้จริงและประเมินผล ศึกษาในผู้ดูแลและผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 62 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึก ความก้าวหน้าของแผลด้วยเครื่องมือ PUSH Tool Version 3.0 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลแผลด้วยสถิติ paired t-test และ exact probability test ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์การหายของแผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การหายของแผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับดีมาก งานการพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการพัฒนาไปประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชน, ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง, ผู้ดูแล

พุทธชินราชเวชสาร 2567;41(3):262-83.

บทนำ

โรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพและทำลายชีวิตในอันดับต้น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น¹ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการเกิดแผลเรื้อรัง² สถิติแผลเรื้อรังในสหรัฐอเมริกาจากการเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย 2.5 ล้านคนพบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันร้อยละ 38 ผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 23.9 โดยตำแหน่งที่พบมาก คือ ที่ก้นกบ สันเท้า และสะโพก³ ในประเทศไทยการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบความชุกการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 11.11⁴ ส่วนจังหวัดพิษณุโลกสถิติผู้ป่วยแผลเรื้อรังในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลกระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนี้ 498.13, 532.86, 721.36 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ ลักษณะแผลเรื้อรังที่พบคือแผลกดทับ แผลเท้าเบาหวาน และแผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำตามลำดับ⁵ ผลกระทบจากการเป็นแผลเรื้อรังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลารักษาพยาบาลเป็นเวลานาน มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน สูญเสียอวัยวะที่เป็นแผล

หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁶ เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยแผลเรื้อรังแต่ละรายใช้เวลาในการทำแผลเฉลี่ย 15 นาที/ราย ค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลแต่ละครั้งเฉลี่ย 200 บาท/ครั้ง/ราย ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่พบบ่อยคือความวิตกกังวล ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น ซึมเศร้าหรือในทางตรงข้ามอาจก้าวร้าว รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ไม่มีเงินค่าพาหนะที่จะมารับการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง^{2,6}

ปัจจุบันผู้ป่วยแผลเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาเสร็จสิ้นจะส่งต่อเพื่อทำแผลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในระบบ Thai Continuity of Care (Thai COC) ซึ่งได้รับการวางแผนการจำหน่ายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลได้รับการสอนและฝึกทักษะการทำแผล รวมถึงแจกแผ่นพับการดูแลแผลและบัตรนัด ทั้งนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์จากแนวทางการผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่กล่าวในข้างต้นยังพบปัญหาที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ด้านผู้ดูแล

ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะการทำแผลที่ถูกต้อง เช่น การทำแผลด้วยวิธีปราศจากเชื้อ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม และการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรในการทำแผล และการใช้วัสดุปิดแผลที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้แผลหายช้าและอาจทำให้แผลมีภาวะแทรกซ้อน⁵⁻⁶ ด้านระบบบริการสุขภาพยังพบช่องว่างในระบบบริการ เช่น จำนวนพยาบาลชุมชนไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น การประสานงานในระบบบริการสุขภาพและความล่าช้าในระบบส่งต่อ ขาดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ขาดการนำมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนเรื่องการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแนวปฏิบัติเรื่องการดูแลแผลโดยพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน^{3,5} นอกจากนี้แม้ว่าปัจจุบันจะมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีแผลและเพิ่มช่องทางการติดต่อด้วยระบบที่ทันสมัยทางแอปพลิเคชันไลน์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเยี่ยมบ้านแต่ก็พบว่าผู้ดูแล (caregiver) แผลเรื้อรังในชุมชนขาดโอกาสการเข้าถึงการติดตามและการรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลโดยตรง ต้องสื่อสารหลายทางกว่าจะเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผล ทำให้แผลหายช้าหรือแผลติดเชื้อ⁷ เนื้อเยื่อเน่าตาย ซึ่งการดูแลแผลชนิดนี้ต้องหาสาเหตุและวิธีการทำแผลที่ถูกต้อง การให้ยาปฏิชีวนะ การดูแลด้านโภชนาการ และการผ่าตัดเอาเนื้อตายออกเพื่อป้องกันการลุกลามติดเชื้อไปยังเนื้อเยื่อส่วนดี⁸

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโดยการอบรมสร้างเสริมองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงผู้เชี่ยวชาญด้านแผล⁹, การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง, การสนับสนุนงบประมาณ และการสร้างระบบเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน⁶ การพัฒนาระบบนิเทศการพยาบาลโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสำหรับการดูแลแผลเรื้อรังเป็นผู้รับผิดชอบและกำกับดูแลระบบ, การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบนิเทศมาใช้ในการ

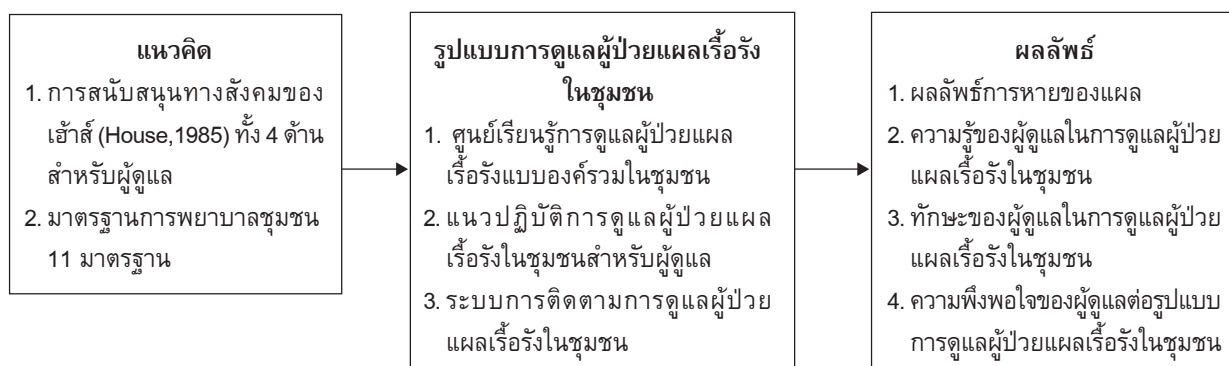
การติดตามการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง⁷ บุคลากรสุขภาพพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโดยการบูรณาการเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดอุปสรรคในกระบวนการดูแล¹⁰ ปรับรูปแบบการบริการมาพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้การฝึกทักษะการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ การเยี่ยมบ้านโดยเริ่มการติดตามผ่านโทรศัพท์และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ต่อมาได้พัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาและสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพทำให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจจนสามารถนำความรู้ไปสู่การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ¹⁰⁻¹¹ ถึงแม้จะพัฒนาแนวทางการดูแลฯ อย่างดีแต่ยังขาดการนำมาตรฐานการพยาบาลชุมชนมาสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังทำให้ยังพบอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนและแผลหายช้า¹² สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชนมีประสบการณ์ให้บริการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่มีภาวะความเจ็บป่วยซับซ้อนร่วมกับมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลจึงเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนโดยผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพจะช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนนั้นเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด มีความรัก ความผูกพัน และได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับความรักและยอมรับในสังคม¹³ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบของงานวิจัยที่สามารถนำสู่การปฏิบัติและนำมาตรฐานการพยาบาลชุมชนมาสร้างแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง¹² รวมทั้งสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวม จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนของผู้ดูแล และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่และให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากรของทีมพยาบาลชุมชนที่มีอยู่ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนและวัตถุประสงค์รองเพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการหายของแผล ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน และความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนมีผลลัพธ์การหายของแผลดีขึ้น ช่วยส่งเสริมปัจจัยการหายของแผล ยับยั้งปัจจัยที่ขัดขวางการหายของแผล และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดภาระงานของบุคลากร ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยทีมผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹³ และ

นำมาตรฐานการพยาบาลชุมชน 11 มาตรฐานของสำนักการพยาบาล¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้การหายของแผลของผู้ป่วยดีขึ้น โดยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹³ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่และความไว้วางใจกันทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ นั่นคือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยไม่หวังผลตอบแทนจะก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจกันทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House¹³ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้ดูแลจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับความรักและยอมรับในสังคม จะเกิดความมั่นใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนมีผลลัพธ์การหายของแผลดีขึ้น ส่วนรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชนนั้นทีมผู้วิจัยนำมาตรฐานการพยาบาลชุมชนมาพัฒนารูปแบบการบริการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวมในชุมชนแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแล และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้
 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 30 วัน (1-30 มกราคม พ.ศ. 2566) 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 30 วัน (1 กุมภาพันธ์-1 มีนาคม พ.ศ. 2566) 3) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 98 วัน (1 มีนาคม-7 มิถุนายน พ.ศ. 2566) 4) ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนและการนำไปใช้จริง รวมทั้งประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 23 วัน (8-30 มิถุนายน พ.ศ. 2566)

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 30 วัน (1-30 มกราคม พ.ศ. 2566) ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่มีประสบการณ์การดูแลแผลอย่างน้อย 5 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹³ เกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในปัจจุบัน ความรู้และทักษะ ความต้องการและประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่มีประสิทธิผลและแนวทางการดูแลแผลที่เกี่ยวข้อง (integrative reviews) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยนำมาปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองสนทนากลุ่ม 1 ครั้งกับผู้ดูแลและพยาบาลชุมชนก่อนนำไปใช้สนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลที่จะศึกษาโดยใช้แนวคำถามเดียวกัน การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการบันทึกและข้อความจากการถอดเทป นำมาเรียบเรียง รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดกลุ่มเนื้อหา หัวข้อหลัก และประเด็นสำคัญตามความหมายและสาระสำคัญของ

คำตอบที่สะท้อนถึงการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชน ปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ตีความทบทวนข้อมูลที่ได้จากการสนทนาจากนั้นนำข้อมูลทีวิเคราะห์ไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อจัดทำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ความเชื่อถือได้ของข้อมูลได้จากการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าจากผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลา 30 วันระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์-วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2566 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแลศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่มีประสบการณ์การดูแลแผลอย่างน้อย 1 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 7 คน และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse: enterostomal therapy nurse) จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 10 คน ทีมผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1** การพัฒนารูปแบบการดูแล นำข้อมูลในระยะที่ 1 และข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ ThaiLis, ThaiJo, PubMed และ Google scholar ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2565 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นจากฐานข้อมูลดังกล่าว รวมทั้งแนวปฏิบัติทางคลินิกและมาตรฐานการบริการพยาบาลในชุมชน¹² มาร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ประชุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนและพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse) ร่วมกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน นำข้อค้นพบมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวมในชุมชน 2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน 3) ระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน **ขั้นตอนที่ 2** การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของ (ร่าง) รูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse) 1 คน ตรวจสอบความเหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการดูแล และความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของรูปแบบการดูแล ทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC)¹⁴ ได้ค่า IOC = 0.8-1.0 และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของรูปแบบโดยใช้สูตร KR-20 ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปได้ค่า KR-20 = 0.76

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะโดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินรูปแบบการดูแล ของผู้เชี่ยวชาญมาเป็นหลักเกณฑ์ในการปรับปรุงรูปแบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 98 วัน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม-วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2566 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การหายของแผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 1,294 คน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนจับคู่กันเป็น 1 หน่วย ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ผู้ดูแล เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเป็นผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้มารักษาที่บ้าน และแผลไม่มีความก้าวหน้าหรือไม่สามารถหายได้เองตามระยะเวลาของ กระบวนการหายของแผลตามปกติ ในเวลาระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ประเภท ได้แก่ แผลกดทับ แผลเท้าเบาหวาน และแผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำที่มีวิธีการดูแลรักษาแผลที่ย่างยากซับซ้อน และเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดดำหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย ทีมผู้วิจัยได้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1**

ทดสอบและปรับปรุงรูปแบบการดูแล นำรูปแบบการดูแล ที่ปรับตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ดูแล ที่จะศึกษาจำนวน 4 คน ระหว่างวันที่ 1-14 มีนาคม พ.ศ. 2566 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแล **ขั้นตอนที่ 2** ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน รวมการศึกษาคั้งนี้เป็นจำนวน 62 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงจากสูตร Two independent proportion¹⁵ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การหายของแผลภายใต้สมมติฐานว่าการดูแลแผลตามแนวทางการพยาบาลตามปกติในกลุ่มผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนจะมีผลลัพธ์การหายของแผลร้อยละ 20 และคาดว่ากลุ่มที่ดูแลแผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนจะมีผลลัพธ์การหายของแผลร้อยละ 60 (Pilot testing) ใช้การทดสอบ Two side ระดับ significant = 0.05 และ Power = 0.8 ค่า Ratio 1 : 1 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง คาดว่ากลุ่มตัวอย่างสูญหายร้อยละ 25 จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 31 คนรวม 62 คน ใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่มโดยวิธี Block randomization of four¹⁴ โดยในบล็อกมี 4 คน แต่ละบล็อกมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 2 คน แต่ละบล็อกจะสุ่มเรียงลำดับนำเข้าไปบล็อกจนครบทั้ง 62 คน นำรูปแบบการดูแลที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม-วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2566 รวม 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลซึ่งเป็นเครื่องมือที่ทีมผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ถูก/ผิดจำนวน 16 ข้อ, แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลเป็นเครื่องมือที่ทีมผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติทางคลินิกตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชนเลือกระดับการสังเกตเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ จำนวน 17 ข้อ, แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล, แบบรวบรวมข้อมูลจำนวนผลลัพธ์การหายของแผล และแบบสอบถามความพึงพอใจของ

ผู้ดูแลเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่า IOC = 0.8-1.0 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดสอบกับผู้ดูแลจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่า KR-20 = 0.76 นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของผู้ดูแลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ดูแลด้วยสถิติ paired t-test เปรียบเทียบความก้าวหน้าในการหายของแผลด้วยสถิติ independent t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์การหายของแผลด้วยสถิติ exact probability test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน การนำไปใช้จริง และประเมินรูปแบบการดูแล ระหว่างวันที่ 8 มิถุนายน-วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 รวม 23 วัน เป็นการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยศึกษาในผู้บริหารจำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 4 คน ผู้ดูแลและผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 14 คน รวมทั้งหมดจำนวน 20 คน ดำเนินการโดยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่ปรับปรุงแล้วไปสู่การปฏิบัติและสำรวจความคิดเห็นหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนไปใช้โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล **ส่วนที่ 2** ความคิดเห็นของผู้บริหารด้านกระบวนการบริหารจัดการเป็นคำถามปลายเปิด **ส่วนที่ 3** ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลด้านการปฏิบัติงานและด้านทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานเป็นคำถามปลายเปิด **ส่วนที่ 4** ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาปรับปรุงข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด **ส่วนที่ 5** ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่า

IOC = 0.8-1.0 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่า KR-20 = 0.80 และนำไปทดลองใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาสรุปจัดเป็นหมวดหมู่ จัดกลุ่มเนื้อหา ข้อความสำคัญ และหัวข้อหลักที่สะท้อนถึงกระบวนการบริหารจัดการด้านการปฏิบัติงานและด้านทรัพยากรสนับสนุนของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ดูแล และผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยหลังผ่านการอนุมัติการขอทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่วิจัย จากนั้นเมื่อได้รับหนังสือตอบอนุญาตผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อขออนุญาตศึกษาประวัติและพบผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการดำเนินวิจัยขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่จะพึงได้รับ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมในเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบเชิงวิชาการเท่านั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ใบรับรอง HREC No.167/65 วันที่รับรอง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้นำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
แผลเรื้อรังในชุมชน

ส่วนที่ 4 ผลการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย
แผลเรื้อรังในชุมชน การนำไปใช้จริง และการประเมินผล
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล
ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังใน
ชุมชน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และ

2) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 คน และ
ผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 10 คน
ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน (n = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
พยาบาลวิชาชีพ (n = 6)	
อายุ (ปี)	
41-50	5 (83.3)
51-60	1 (16.7)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	1 (16.7)
ปริญญาโท	5 (83.3)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ปี)	
10-15	1 (16.7)
> 15	5 (83.3)
ผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 4)	
อายุ (ปี)	
41-50	2 (50.0)
51-60	1 (25.0)
≥ 61	1 (25.0)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (50.0)
อนุปริญญา	1 (25.0)
ปริญญาตรี	1 (25.0)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	
1-6 เดือน	1 (25.0)
6 เดือน-5 ปี	3 (75.0)

2) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาพบปัญหา 3 ประเด็นดังนี้

1. ด้านกระบวนการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนพบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนให้ข้อมูลเหมือนกันในเรื่องมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้ดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้านหรือการดูแลเหมือนโรงพยาบาลที่บ้าน แต่การนำนโยบายดังกล่าวมาสร้างแนวทางการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชนยังไม่ชัดเจน การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่ยังไม่เป็นระบบ เช่น การบริหารด้านกำลังคนของพยาบาลในชุมชนที่ไม่สัมพันธ์กับภาระงาน การบริหารจัดการด้านทรัพยากรในการทำแผลไม่ครอบคลุม “ตัวงานที่รับผิดชอบนั้นเยอะมาก ทำหลายหน้าที่ รพ.สต. มีพยาบาล 2 คนรับผิดชอบทุกงาน เราอยากให้ผู้บริหารเห็นความยากลำบากในการทำงานในกรณีของผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนที่เค้าติดเตียงมีแผลต้องทำทุกวันแต่ไม่มีรถออกมาทำแผลที่ รพ.สต.ได้ พยาบาลจะออกเยี่ยมบ้านไปทำแผลให้ทุกวันก็ได้เนื่องจากต้องทำงานหลายอย่างในชุมชนเราก็ปรับการดูแลตามบริบทที่มี พยายามทำให้ดีที่สุด บางรายเราสอนการทำแผล แต่ญาติก็ทำไม่ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ บางรายติดเชื้อ แผลลุกลาม” (ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลชุมชนคนที่ 1 : ประสพการณ์ 20 ปี)

2. ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน พยาบาลให้ข้อมูลด้านจัดการการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่มากขึ้น แผลมีความหลากหลายในชุมชน แต่พยาบาลในชุมชนยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้การดูแลแผลที่เป็นปัจจุบัน พบว่าในทีมพยาบาลพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ขาดการอบรมฟื้นฟูที่เป็นปัจจุบัน อบรมไม่ครบทุกคนเพราะต้องแบ่งการเข้าอบรมและแบ่งงานที่รับผิดชอบทำขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทางเดียวกัน การทำแผลผู้ป่วยที่ไม่ทันสมัย สอดคล้องกับข้อมูลจากผู้ดูแลที่พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษาช้า ยังขาดการช่องทางการสื่อสารเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างผู้ป่วย

หรือผู้ดูแลกับพยาบาลในชุมชน ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลแผล “เดี๋ยวนี้เค้าให้เรานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่กี่วันก็ให้มาทำแผลที่บ้าน ไม่มีอะไรมาให้เราทำแผลเลย แล้วให้กลับบ้านตอนเย็นวันนั้น กว่าจะทำเรื่องเสร็จก็ค่ำแล้วเราจะทำแผลกันยังงัยพรุ่งนี้ บ้านก็ไกล ไม่มีรถ ไม่มีคนพาไปหาหมอทุกวัน เราเลยซื้อชุดทำแผลตามร้าน 10-20 บาทไปทำเองที่บ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลคนที่ 3 : ประสพการณ์ 6 เดือน)

3. ด้านการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนพบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนให้ข้อมูลที่เหมือนกัน ได้แก่ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และยาไม่เพียงพอและไม่ทันสมัย เครื่องมือประเมินแผลผู้ป่วยหลากหลายบางแห่งไม่มี ขาดเครือข่ายการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ขาดโอกาสการเข้าถึงการติดตามและการได้รับคำปรึกษาโดยตรงจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผล “ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเตียงควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น น้ำยาล้างแผล อุปกรณ์การทำความสะอาดแผล” (ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลชุมชนคนที่ 2 : ประสพการณ์ 15 ปี)

“ไม่สามารถเดินทางมาทำแผลที่โรงพยาบาลได้ทุกวัน เนื่องจากไม่มีรถโดยสาร บ้านอยู่ไกล การเดินทางก็ลำบาก บางครั้งไม่ได้ทำแผลหลายวันติดต่อกัน” (ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลคนที่ 1 : ประสพการณ์ 1 เดือน)

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ขั้นที่ 1 ยกร่างรูปแบบการดูแลฯ ได้ 3 องค์ประกอบคือ

1. ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวมในชุมชนมีหน้าที่ให้ความรู้และทักษะการดูแลแผลแก่ผู้ดูแลโดยพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse) ด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 5 หมวด ได้แก่ 1) การสอนและให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง การใช้กล้องทำแผล ร่วมกับการควบคุมดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ใช้เทคนิค

การดูแลแผลแบบพิเศษเพื่อช่วยควบคุมการติดเชื้อ และส่งเสริมกระบวนการหายของแผล 3) การเยี่ยมบ้าน 4) การประเมินผล 5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ สื่อสังคมออนไลน์ การให้คำปรึกษาทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยตรงกับผู้ดูแล

2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน สำหรับผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมการดูแลแผลเรื้อรังของผู้ดูแลที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน 3 ประเภท คือ แผลเรื้อรังที่เกิดจากการกดทับ แผลเท้าเบาหวาน และแผลจากความผิดปกติของ หลอดเลือดดำ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 3 หมวด ได้แก่ 1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน สำหรับผู้ดูแล 2) การประเมินขั้นตอนการดูแลแผลเรื้อรังด้วยตนเองที่บ้าน 3) การประเมินความก้าวหน้าในการหายของแผลด้วยตนเองที่บ้านสำหรับผู้ดูแล

3. ระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ชุมชน หมายถึง การติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ได้แก่ 1) การประเมิน ความรู้และทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน 2) แบบการประเมินและการบันทึกผลความก้าวหน้าในการหายของแผลเรื้อรังสำหรับพยาบาล เยี่ยมบ้าน

ขั้นที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลฯ และ คู่มือการใช้รูปแบบการดูแลฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.8-1.0 และ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของรูปแบบการดูแลฯ โดย KR-20 = 0.76 ปรับปรุงรูปแบบการดูแลฯ ตามข้อเสนอแนะ ผลการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนและการทดสอบคล่อง ของผู้เชี่ยวชาญต่อร่างรูปแบบการดูแลฯ

ส่วนที่ 1 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนตามความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าความเหมาะสมของรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนตามความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกองค์ประกอบ (ค่าเฉลี่ย = 4.3-4.6) โดยค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.4), ระบบการติดตามการดูแล ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.6), แนวปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ย ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.4) และ ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยความ เหมาะสมอยู่ในระดับมาก = 4.3 ตูรายละเอียดใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความเหมาะสม
ศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวมในชุมชน	4.3	0.261	มาก
มีความเป็นไปได้	4.4	0.548	มาก
มีลำดับขั้นตอน	4.6	0.548	มากที่สุด
นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์	4.0	1.000	มาก
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแล	4.4	0.261	มาก
มีความเป็นไปได้	4.6	0.548	มากที่สุด
มีลำดับขั้นตอน	4.6	0.548	มากที่สุด
นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์	4.0	1.000	มาก
ระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน	4.6	0.234	มากที่สุด
มีความเป็นไปได้	4.8	0.447	มาก
มีลำดับขั้นตอน	4.6	0.548	มาก
นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์	4.4	0.894	มาก
รวม	4.4	0.569	มาก

SD: standard deviation: ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การประเมินความสอดคล้องของรูปแบบพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบชุมชน แนวทางการปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแล และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนมีค่าเท่ากับ 1 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญต่อร่างรูปแบบการดูแลฯ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

รายการประเมิน	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ดัชนีความสอดคล้อง	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบชุมชน	1	1	1	1	1	1	สอดคล้อง
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแล	1	1	1	1	1	1	สอดคล้อง
ระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน	1	1	1	1	1	1	สอดคล้อง

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยนำไปทดลองใช้ 2 ครั้งได้ผลดังนี้

ครั้งที่ 1 ผลการทดสอบและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้ทดลองใช้และปรับปรุงในผู้ดูแลและผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คนพบว่าเป็นเพศหญิง 3 คน มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี 2 คน จบการศึกษาในระดับ

ปริญญาตรี 3 คน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 1-6 เดือน 2 คน สำหรับผู้ป่วยแผลเรื้อรังนั้นมีอายุ 61 ปีขึ้นไป 3 คน มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2 คน เป็นแผลกดทับ 3 คน ระยะเวลาของการเป็นแผล 1-6 เดือน 2 คน ผลการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติระหว่างวันที่ 1-14 มีนาคม พ.ศ. 2566 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าข้อเสนอแนะและการปรับปรุงสู่ครั้งที่ 2 ต้องปรับปรุงเพิ่มเติมดังนี้ 1) ศูนย์เรียนรู้

การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบชุมชนควรเป็นศูนย์ที่กระจายยาและกล่องอุปกรณ์แก่ผู้ดูแลโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านบาดแผลเพื่อการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลโดยตรง 2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแลควรทำในรูปแบบภาพสีและควรมีวิดีโอสอนการทำแผล 3) ระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน แบบประเมินแผลควรทำเป็นรูปภาพสี ตัวหนังสือชัดเจน และสามารถส่งทางระบบไลน์หรือ google forms ได้ อีกทั้งสำหรับพยาบาลควรเพิ่มช่องทางการประเมินติดตามแผลลงในระบบ HOSxP

ครั้งที่ 2 ผลการทดลองใช้จริงในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม-วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2566 รวม 12 สัปดาห์พบว่าผู้ดูแล

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 83.9) ทั้งสองกลุ่ม ($p = 1.000$) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี 11 คน (ร้อยละ 35.5) และ 13 คน (ร้อยละ 41.9) ตามลำดับ ($p = 0.98$) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป 20 คน (ร้อยละ 64.5) และ 13 คน (ร้อยละ 41.9) ตามลำดับ ($p = 0.04$); มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน 17 คน (ร้อยละ 34.7) และ 21 คน (ร้อยละ 32.8) ตามลำดับ, ป่วยติดเชื้อ 17 คน (ร้อยละ 34.7) และ 16 คน (ร้อยละ 25) ตามลำดับ ($p = 0.06$); เป็นแผลกดทับ 11 คน (ร้อยละ 35.5) และ 16 คน (ร้อยละ 56.6) ตามลำดับ ($p = 0.408$); ระยะเวลาการเป็นแผล 1-6 เดือน 9 คน (ร้อยละ 29) และ 24 คน (ร้อยละ 77.4) ตามลำดับ ($p < 0.001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 62$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	กลุ่มทดลอง ($n = 31$)	กลุ่มควบคุม ($n = 31$)	
ผู้ดูแล			
เพศ			1.000
ชาย	5 (16.1)	5 (16.1)	
หญิง	26 (83.9)	26 (83.9)	
อายุ (ปี)			0.98
18-20	1 (3.2)	1 (3.2)	
21-30	4 (12.9)	2 (6.5)	
31-40	4 (12.9)	5 (16.1)	
41-50	11 (35.5)	13 (41.9)	
51-60	8 (25.8)	7 (22.6)	
≥ 61	3 (9.7)	3 (9.7)	
ผู้ป่วย			
อายุ (ปี)			0.04
18-20	2 (6.5)	0	
21-30	1 (3.2)	0	
31-40	1 (3.2)	0	
41-50	1 (3.2)	6 (19.4)	
51-60	6 (19.4)	12 (38.7)	
≥	61	20 (64.5)	13 (41.9)
อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 59.11 ปี			

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	กลุ่มทดลอง (n = 31)	กลุ่มควบคุม (n = 31)	
โรคประจำตัว			0.06
โรคเบาหวาน	17 (34.7)	21 (32.8)	
โรคหลอดเลือด	5 (10.2)	4 (6.3)	
โรคความดันโลหิตสูง	10 (20.4)	23 (35.9)	
ติดเตียง	17 (34.7)	16 (25.0)	
ประเภทของแผล			0.408
แผลกดทับ	11 (35.5)	16 (51.6)	
แผลเบาหวาน	12 (38.7)	8 (25.8)	
แผลหลอดเลือดดำ	8 (25.8)	7 (22.6)	
ระยะเวลาของการเป็นแผล			< 0.001
1-6 เดือน	9 (29.0)	24 (77.4)	
6 เดือน-1 ปี	10 (32.3)	7 (22.6)	
1-3 ปี	10 (32.3)	0	
> 3 ปี	2 (6.5)	0	

^aExact probability test

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเท่ากับ 9.968 คะแนน และ 15.871 คะแนน ตามลำดับ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ย

คะแนนทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเท่ากับ 7 คะแนนและ 17 คะแนน ตามลำดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน (n = 62)

คะแนนความรู้/ทักษะ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a
	ก่อนการทดลอง (n = 31)	หลังการทดลอง (n = 31)	
คะแนนความรู้	9.968 $\pm$ 1.402	15.871 $\pm$ 0.341	< 0.001
คะแนนทักษะ	7.000 $\pm$ 1.949	17.000 $\pm$ 0.000	< 0.001

^aPaired t-test

ความก้าวหน้าในการหายของแผลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการประเมินด้วยแบบประเมินความก้าวหน้าในการหายของแผลด้วยตนเองสำหรับผู้ดูแลด้วยเครื่องมือ PUSH Tool Version 3.0 [การแปลผลคะแนน : คะแนนสูงสุด 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดี ถ้าแผลดีขึ้นคะแนน PUSH Tool จะลดลงเรื่อยๆ จนคะแนนต่ำสุด 0 หมายถึงแผลหายแล้ว ซึ่งค่าคะแนน PUSH Tool Version 3.0 ที่ใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในการหายของแผลได้จาก 1) คำนวณขนาดพื้นที่แผล (ตารางเซนติเมตร : ตร.ซม.) จากการใช้ไม้บรรทัดวัดความกว้าง x ยาว (ซม.)

ของแผลแล้วนำไปเทียบค่าคะแนนพื้นที่แผล (คะแนน 0-10) 2) ประเมินปริมาณสารขับหลัง (คะแนน 0-3) 3) ประเมินลักษณะของพื้นแผล (คะแนน 0-4) นำค่าคะแนนข้อ 1 และ 2 และ 3 ทั้งหมดมารวมกันจะได้ค่าคะแนนความก้าวหน้าของแผล³ โดยจะประเมินความก้าวหน้าของแผลทุก 7 วัน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน PUSH Tool ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 13.03 คะแนนและ 7.58 คะแนนตามลำดับ ($p = 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนน PUSH Tool ในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 12.61 คะแนนและ 13.06 คะแนนตามลำดับ ($p = 0.095$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความก้าวหน้าในการหายของแผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ($n = 62$)

ความก้าวหน้าในการหายของแผล	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a
	ก่อนการทดลอง ($n = 31$)	หลังการทดลอง ($n = 31$)	
กลุ่มทดลอง	13.030 $\pm$ 1.871	7.580 $\pm$ 3.897	0.001
กลุ่มควบคุม	12.610 $\pm$ 1.334	13.060 $\pm$ 1.063	0.095

^aPaired t-test

ผลลัพธ์การหายของแผลพบว่าอยู่ระดับดีขึ้นในกลุ่มทดลอง 31 คน (ร้อยละ 100) และกลุ่มควบคุม 6 คน (ร้อยละ 19.4) ในขณะที่ผลลัพธ์การหายของแผลเป็นระดับเท่าเดิมในกลุ่มทดลอง 0 คนและกลุ่มควบคุม

7 คน (ร้อยละ 22.5) และผลลัพธ์การหายของแผลเป็นระดับแย่ลงในกลุ่มทดลอง 0 คนและกลุ่มควบคุม 18 คน (ร้อยละ 58.1) ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์การหายของแผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ($n = 62$)

ผลลัพธ์การหายของแผล	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	กลุ่มทดลอง ($n = 31$)	กลุ่มควบคุม ($n = 31$)	
ผลลัพธ์			< 0.001
ดีขึ้น ($n = 37$)	31 (100.0)	6 (19.4)	
เท่าเดิม ($n = 7$)	0	7 (22.5)	
แย่ลง ($n = 18$)	0	18 (58.1)	
รวม	31	31	

^aExact probability test

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 4.972 (ในระดับมากที่สุด) โดยการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ช่วยให้การหายของแผลดีขึ้นและภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 5.00 ส่วนรูปแบบ

การดูแลแผลเรื้อรังในชุมชนมีความเหมาะสมสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วย, รูปแบบการดูแล สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและรูปแบบการดูแล มีความชัดเจนต่อการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.95 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน (n = 31)

ข้อคำถาม	จำนวน					ค่าเฉลี่ย	SD
	1	2	3	4	5		
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเหมาะสมสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วย	0	0	0	2	29	4.953	0.250
2. รูปแบบฯ สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย	0	0	0	2	29	4.953	0.250
3. รูปแบบฯ มีความชัดเจนต่อการนำไปใช้	0	0	0	2	29	4.953	0.250
4. การปฏิบัติตามรูปแบบฯ จะช่วยให้การหายของแผลดีขึ้น	0	0	0	0	31	5.000	0.000
5. ภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ	0	0	0	0	31	5.000	0.000
รวม	0	0	0	6	149	4.972	0.150

SD: standard deviation: ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 ผลการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน การนำไปใช้จริง และการประเมินผล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผลการวิเคราะห์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนไปใช้จริง ส่วนที่ 2) ผลความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ส่วนที่ 3) ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนจากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้บริหาร 2 คน เป็นแพทย์ จบการศึกษาในระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์ด้านบริหาร 5-10 ปีทั้ง 2 คน 2) พยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 14 คน รวมทั้งหมด 18 คน ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเป็นเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 77.8) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี 6 คน (ร้อยละ 33.3) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี 6 คน (ร้อยละ 33.3) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง 1-6 เดือน 9 คน (ร้อยละ 50) ส่วนผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีอายุ 61 ปีขึ้นไป 13 คน (ร้อยละ 41.9) โรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดและโรคความดันโลหิตสูงอย่างละ 11 คน (ร้อยละ 36.7) โดยประเภทของแผลเป็นแผลกดทับ 11 คน (ร้อยละ 61.1) ระยะเวลาของการเป็นแผล 1-6 เดือน 7 คน (ร้อยละ 38.9) ดูรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน และผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน (n = 18)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ดูแล	
เพศ	
ชาย	4 (22.2)
หญิง	14 (77.8)
อายุ (ปี)	
18-20	1 (5.6)
21-30	1 (5.6)
31-40	3 (16.7)
41-50	4 (22.2)
51-60	6 (33.3)
≥ 61	3 (16.7)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	2 (11.1)
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (22.2)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (11.1)
ปริญญาตรี	6 (33.3)
ปริญญาโท	4 (22.2)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	
1-6 เดือน	9 (50.0)
6-12 เดือน	8 (44.4)
1-5 ปี	1 (5.6)
ผู้ป่วย	
อายุ (ปี)	
18-20	1 (5.6)
41-50	1 (5.6)
51-60	3 (16.7)
≥ 61	13 (41.9)
โรคประจำตัว	
โรคเบาหวาน	7 (23.3)
โรคหลอดเลือด	11 (36.7)
โรคความดันโลหิตสูง	11 (36.7)
ติดเตียง	1 (3.3)
ประเภทของแผล	
แผลกดทับ	11 (61.1)
แผลเบาหวาน	4 (22.2)
แผลหลอดเลือดดำ	3 (16.7)
ระยะเวลาของการเป็นแผล	
1-6 เดือน	7 (38.9)
6 เดือน-1 ปี	6 (32.3)
1-3 ปี	5 (27.8)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนพบว่าผู้ดูแลทั้ง 18 คนพึงพอใจมากที่สุดที่รูปแบบการดูแล สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและในภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแล เท่ากับ 4.922 คะแนน, ค่าเฉลี่ยของคะแนนรูปแบบการดูแลสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพรวมความพึงพอใจ

ต่อรูปแบบฯ เท่ากันคือ 5.00 คะแนน, ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล จะช่วยให้การหายของแผลดีขึ้นเท่ากับ 4.944 คะแนน, ค่าเฉลี่ยของคะแนนรูปแบบการดูแล มีความเหมาะสมสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 4.889 คะแนนและค่าเฉลี่ยของคะแนนรูปแบบการดูแล มีความชัดเจนต่อการนำไปใช้เท่ากับ 4.778 คะแนน ดูรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน (n = 18)

ข้อคำถาม	ราย (ร้อยละ)		ค่าเฉลี่ย	SD
	ระดับความพึงพอใจ			
	มาก	มากที่สุด		
1. รูปแบบการดูแล เหมาะสมสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วย	2 (11.1)	16 (88.9)	4.889	0.323
2. รูปแบบการดูแล สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย	0	18 (100.0)	5.00	0.000
3. รูปแบบการดูแล มีความชัดเจนต่อการนำไปใช้	4 (22.2)	14 (27.8)	4.778	0.428
4. การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล จะช่วยให้การหายของแผลดีขึ้น	1 (5.6)	17 (94.4)	4.944	0.236
5. ภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ	0	18 (100.0)	5.00	0.000
รวม			4.922	0.269

SD: standard deviation: ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนจากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ความคิดเห็นของผู้บริหารด้านกระบวนการบริหารจัดการ 2) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในด้านการปฏิบัติงาน 3) ความคิดเห็นของผู้ดูแล ดังรายละเอียด ดังนี้

ความคิดเห็นของผู้บริหารด้านกระบวนการบริหารจัดการ ผู้บริหารให้ความเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในชุมชนและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในด้านการปฏิบัติงานและด้านทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานที่ว่า การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสอน การประเมินผล การทำแผล อุปกรณ์ที่สะดวกทันสมัย และการติดตามผล

ทำให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสามารถนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และมีแนวทางในทางเดียวกัน ดังรายละเอียดซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน คือ ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในเรื่องการทำแผลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน รูปแบบการทำแผลง่ายต่อการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง สะดวกในการส่งต่อข้อมูลและการบันทึกข้อมูลในระบบไลน์กับพยาบาลชุมชนและพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล แบบประเมินแผลที่บ้านด้วยตนเองชัดเจน เข้าใจง่าย การขอคำปรึกษาพยาบาลช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน ด้านสื่อการสอนมีคู่มือให้อ่านและวิดีโอสอนการทำแผลซึ่งสามารถทำได้ง่าย เปิดดูได้ตลอดเวลาเพื่อทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะการทำแผลของผู้ดูแลได้ ด้านการเดินทางไม่ต้องนำผู้ป่วยไปทำแผล

ที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้อยู่บ้านกับครอบครัวและ
ผู้ดูแลได้ดูแลใกล้ชิดที่บ้าน

วิจารณ์

**ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง
ในชุมชน** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้
การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวมในชุมชน
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับ
ผู้ดูแล และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง
ในชุมชนสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นการให้การ
สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโดยตรง
สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแล
ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน โดยปรับตัวให้
ทันสมัยในการรับบริการทางสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยี
นำสื่อออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการบูรณาการกับการ
ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
การติดตามการหายของแผลโดยการใช้เครื่องมือวัด
การติดตามการหายของแผลสำหรับผู้ดูแลทำให้ทราบว่า
แนวทางการปฏิบัติที่ทำอยู่นั้นได้ผลดีอย่างไร
ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ
ผู้ป่วย ช่วยให้แผลมีความก้าวหน้าและดีขึ้นตามระยะเวลา
และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
สอดคล้องกับการบริการพยาบาลในชุมชนถือได้ว่าเป็น
การให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน
ในลักษณะที่เรียกว่า “การบริการแบบเบ็ดเสร็จ
(comprehensive care)” กล่าวคือดูแลทุกมิติของชีวิต
แบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ผสมผสาน
ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และ
ฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง¹⁶ ซึ่งจากผลการศึกษา
ของสุธาสนี เจียประเสริฐและคณะ¹⁰ พบว่าผู้ดูแล
จำเป็นต้องมีสมรรถนะความสามารถเพื่อความมั่นใจ
ในการดูแล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวิศา
เปาอินทร์¹¹ ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นส่วน
หนึ่งในการใช้ชีวิตของประชาชนทั้งในเรื่องการทำงาน
การจัดการกิจวัตรประจำวัน บุคลากรสุขภาพได้ปรับ
รูปแบบการดูแลหรือรูปแบบการบริการที่ใช้เทคโนโลยี
นำสื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการบูรณาการ

กับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้านให้เหมาะสมกับ
ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งความรู้ ทำให้
เกิดความเข้าใจจนสามารถนำความรู้ไปสู่การพัฒนา
ทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

**ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง
ในชุมชน** ได้แก่

1) ผลลัพธ์ด้านการหายของแผล อธิบายได้ว่าการ
นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่ได้มา
อย่างเป็นระบบจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน
และปัญหาจากผู้เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นรูปแบบที่มี
องค์ประกอบทั้งหมด 3 องค์ประกอบ มีความเหมาะสม
ในการปฏิบัติในการดูแลแผลในชุมชนและแผลมีความ
ก้าวหน้าที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ของ House¹³
ที่ระบุว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน
ทำให้มั่นใจในการดูแลแผล เป็นผลให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติ
หรือแสดงออกทางพฤติกรรมในทางที่ผู้รับต้องการ
สอดคล้องกับผลการวิจัยของนุชรี จันทร์เอี่ยมและคณะ⁷
ซึ่งพบว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
และการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันลดลง
ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะ
ในการดูแลแผลที่ดีทำให้สามารถทำแผลให้ผู้ป่วย
ได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของมยุรี
สุขปัญญารักษ์ และดวงใจ โลหะกฤษณะ¹⁷ ที่ศึกษา
สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ พัฒนาและ
ประเมินผลรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
แผลกดทับของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
พบว่าจำนวนการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าการนำรูปแบบการดูแล
แผลกดทับที่ได้มาอย่างเป็นระบบจากการวิเคราะห์
สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาจากผู้เกี่ยวข้องทั้ง
ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารมาพัฒนาเป็นรูปแบบที่มี
องค์ประกอบทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ครอบคลุมทั้ง
แนวทางปฏิบัติของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และแนวทางการ
ตัดสินใจทางคลินิก รวมถึงกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
ในหน่วยงาน

2) ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่า
ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับผลงานวิจัยของมยุรี สุขปัญญารักษ์และดวงใจ โลหะกฤษณะ¹⁷ ที่ศึกษา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ พัฒนาและ ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย แผลกดทับโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ปฏิบัติ การนิเทศทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ การใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศในการประมวลผลข้อมูลทางการ พยาบาลข้างเตียง ทบทวนแนวปฏิบัติ มอบหมาย ผู้รับผิดชอบและเสริมความรู้ผู้ปฏิบัติโดยการสอนสาธิต ข้างเตียงในกลุ่มย่อยและรายบุคคล ส่งผลให้พยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติมีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ และมั่นใจในการปฏิบัติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความรู้และทักษะหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของสมบุญรัตน์ เจริญสุจริตและคณะ¹⁸ ที่พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการหายของแผลการดูแล แผลในผู้ป่วยแผลหลอดเลือดดำที่ขาในสัปดาห์สุดท้าย สูงกว่าในสัปดาห์ที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวิศา เปาอินทร์¹¹ ที่พบว่าการสอนโดยให้ความรู้และการฝึกทักษะ การดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ผู้ดูแลมีความ เข้าใจจนสามารถนำความรู้ที่เรียนรู้มาพัฒนาทักษะในการ ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3) ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย แผลเรื้อรังในชุมชนอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด เกิดจากผู้ดูแลหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลได้รับการ สนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เป็นผลให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติหรือ แสดงออกทางพฤติกรรมในทางที่ผู้รับต้องการเกิดความ มั่นใจในการดูแลและมีความภูมิใจ พอใจในการดูแล ผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gibson และ คณะ¹⁹ ที่ระบุว่าผู้ดูแลมีหน้าที่ คือ 1) เป็นผู้ดูแลโดยตรง มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนด้านอารมณ์ 2) เป็นที่ปรึกษา คอยสนับสนุนด้านจิตใจ พุดคุยปรึกษา อุปสรรคปัญหาต่าง ๆ เมื่อมีปัญหาอุปสรรคในการดูแล

ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลได้แก้ปัญหาโดยการโทรศัพท์แจ้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยให้ทราบทันที ซึ่งนับเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับผลการศึกษาของภทพร บวรทิพย์ และ กฤตธีรา เพียรรักษการ²⁰ ที่พบว่าผู้ดูแลพึงพอใจที่ เห็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมจากทั้ง ภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวทำให้มีทักษะมากกว่า การรับฟังอย่างเดียว

4) ผลการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผล เรื้อรังในชุมชน การนำไปใช้จริง และการประเมินผล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผล การศึกษานี้พบว่าภาพรวมความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนอยู่ใน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด รูปแบบการดูแล สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายอยู่ในระดับความพึงพอใจ มากที่สุด การปฏิบัติ ตามรูปแบบการดูแล จะช่วยให้ การหายของแผลดีขึ้นมีความพึงพอใจสูงสุด รองลงมา เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนมีความ เหมาะสมสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วย และรูปแบบการดูแล มีความชัดเจนต่อการนำไปใช้

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ความคิดเห็นของผู้บริหารด้านกระบวนการบริหารจัดการ เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังใน ชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในชุมชน การปรับปรุงคุณภาพการดูแล ระบบการติดตาม การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนได้ สอดคล้องกับ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในด้านการปฏิบัติงาน และด้านทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานที่เห็นว่า การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสอน การประเมินผล การทำแผล อุปกรณ์ที่สะดวกทันสมัย และการติดตาม ผล ทำให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสามารถนำมา วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดความ มั่นใจในการปฏิบัติงานและมีแนวทางในทางเดียวกัน

ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย แผลเรื้อรังในชุมชนคือทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และ ทักษะในเรื่องการทำแผลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน รูปแบบการทำแผลง่ายต่อการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง

สะดวกในการส่งต่อข้อมูลและการบันทึกข้อมูลในระบบไลน์กับพยาบาลชุมชนและพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล แบบประเมินแผลที่บ้านด้วยตนเองชัดเจนเข้าใจง่าย การขอคำปรึกษารายบุคคลช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน ด้านสื่อการสอนมีคู่มือให้อ่านและวิดีโอสอนการทำแผลสามารถทำได้ง่ายเปิดดูได้ตลอดเวลาเพื่อทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะการทำแผลของผู้ดูแลได้ ด้านการเดินทางไม่ต้องนำผู้ป่วยไปทำแผลที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้อยู่บ้านกับครอบครัวตนเองและผู้ดูแลได้ดูแลใกล้ชิดที่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรสาสินีเจียประเสริฐและคณะ¹⁰ ที่พบว่าการใช้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางที่สะดวก ผู้ดูแลสามารถตอบกลับได้ตลอดเวลา เห็นภาพสภาพผิวหนัง สีหน้าท่าทางของผู้ป่วยโดยไม่ต้องยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังสถานบริการ สอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของ House¹³ ที่พบว่าความช่วยเหลือด้านจิตใจ ข่าวสาร และวัตถุดิบของจากผู้ใช้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ

ข้อมูลที่น่าเสนอแนะสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนประกอบด้วยศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวมในชุมชน แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนสำหรับผู้ดูแล และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนได้จริงและทำให้แผลมีความก้าวหน้าที่ดีเกิดผลลัพธ์การหายของแผลดีขึ้น และรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อนึ่ง ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนโดยการนำตัวแบบผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่แผลหายที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน อีกทั้งควรศึกษาการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนไปใช้ในกลุ่ม อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน) และ อปพร. (อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน) ในชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนารูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยงานต่อไป และควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในกลุ่มพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในชุมชนโดยใช้รูปแบบการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนเป็นแนวทางในการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางสาวปัญญา เกื้อนดวง ที่ปรึกษาวิจัยสำหรับความช่วยเหลือในการทำวิจัยอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณนางสาวจันทร์ ฐปฐา ผู้เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษางานวิจัยและนายจตุพร เสือมี อาจารย์ที่ปรึกษาด้านสถิติวิจัยที่ให้คำปรึกษา แก้ไขเนื้อหาและให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ นพ.จิราวุธ พันธชาติ, พญ.สาวิตรี ต้นเจริญ, นางวาสนา เกตุมะ, ดร.จันทิมา นวะมะวัฒน์ และนางสุภาพร เกตุสาร ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพเมืองโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทุกคน ตลอดจนเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรสาธารณสุขในเขตจังหวัดพิษณุโลกที่ได้อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ดูแลและผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนจังหวัดพิษณุโลกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบคุณบิดามารดา ขอขอบคุณบุตรชายและญาติพี่น้องของผู้วิจัยที่ให้อำนาจใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ คน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลเรื้อรังไม่มากนักน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non communicable Diseases. Number and death rate with 5 non-communicable diseases (NCD) years 2016-2020 [Internet]. [cited Oct 30, 2022]. Available from: URL: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
2. Aunhajirungrug S, Thipmusik S, Pinkaew C. The development of quality care in patients with chronic wounds through participation in a community health network at Inburi Hospital. NJPH [Internet]. 2012 [cited 11 Dec 2022];2(22):1-10. Available from: URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4773>
3. Saila W. Pressure injury. In: Prasungsit C, Rungsangjun K, Mounngern Y, editors. Wound care for nursing: Evidence base to practice. Bangkok, Thailand: PA Living; 2016. p.153-68.
4. Nilbanphot S, Theerabut A, Limpawattana P. Factors predicting development of pressure injury in critically ill patients. J Nurs Sci Health 2019;42(3):1-10.
5. Public Health Office, Phitsanulok Province. Statistics on patients with chronic wounds 2019-2021. Phitsanulok, Thailand: Public Health Office, Phitsanulok Province; 2024.
6. Mahawilai A, Jitkuekul Y. Development of a care model for patients with chronic wounds, Kamphaeng Phet Hospital Network. J Nurs Division 2010;37(3):92-106.
7. Juneam N, Ruangwattana S, Kasettath M, Pichaipong S, Jaiwongpab S. Development of a nursing system for patients with chronic wounds, Lamphun Hospital. Lanna Public Health J 2019;15(1):1-13.
8. Jeenyoo N. Acute and chronic wound healing. In: Prasungsit C, Rungsangjun K, Mounngern Y, editors. Wound care for nursing: Evidence base to practice. Bangkok, Thailand: PA Living; 2016. p.25-36.
9. Siriorn S. Wound and wound care. Bangkok, Thailand: Vattana Print; 2022.
10. Chiaprasert S, Dumsangsawad N, Yok-in J, Junwin B. Pressure sore prevention of person with cerebrovascular disease at home: The caregiver development in Thailand 4.0 era. J Faculty Nurs Burapha Univ 2020;28(1):105-15.
11. Paoi W. Thailand Health 4.0 challenges and opportunities, Faculty of Medicine, Thammasat University [Internet]. Pathum Thani, Thailand: Thammasat University; 2017 [cited 6 November 2022]. Available from: URL: <http://tmi.or.th/jtmi/wp-content/uploads/2017/07/2017-1-5-Thailand-Health-4.0.pdf>
12. Nursing Office. Nursing standards in the community. Pathum Thani, Thailand: Tawan Media; 2016.
13. House JS, Robert LK. Measures and concepts of social support. In: Cohen SE, Syme SI, editors. Social support and health. New York City, New York State, USA: Academic Press; 1985. p.83-108
14. Phetroj L, Chamniprasat A. Research methodology. Bangkok, Thailand: Good Printing; 2000.
15. Rosner B, editor. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury, Australia; Thomson Learning; 2000.

16. Nursing Office. Nursing patients at home. Bangkok, Thailand: Thailand Agricultural Cooperative Assembly Printing House; 2013.
17. Sukupanyarak M, Lohakrishna D. Development of a model for caring for patients with pressure sore in Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok. *Buddhachinnaraj Med J* 2019;32(1):34-44.
18. Jermsujarit S, Malakul U, Saengpetsong A, Phetsena B, Cheisuwan W. The effectiveness of wound dressing and compressive bandaging with Pinklao 2009 Bandage among venous leg ulcer patients at Out-Patient Department, Surgical Division, Somdech Phra Pinklao Hospital. *Royal Thai Navy Med J* 2014;41(1):1-14.
19. Gibson MJ, Kelly KA, Kaplan AK. Family caring and transitional care: A critical review. Final report. San Francisco, California State, USA: National Center on Caregiving, Family Caregiver Alliance; 2012.
20. Bawornthip P, Pienrakkarn K. Community nurse roles in using health care technology for patients with hypertension in Thailand 4.0. *J Nurs Assoc Thailand North Office* 2019; 25(1):14-22.