

ผลของการให้ข้อมูลแบบการประชุมกลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตุลา วงศ์ปาลี,¹ มณฑิชา กันทา,¹ นงลักษณ์ สิงห์แก้ว¹ และ จุฑามาศ อินทร์ชัย²

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, ²ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการประชุมกลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือครอบครัว และประเมินความครบถ้วนของกระบวนการในระยะ 24, 72 ชั่วโมง และก่อนจำหน่าย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ข้อมูลตามแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลแบบการประชุมกลุ่มครอบครัวระหว่าง มิถุนายน 2557 ถึงพฤษภาคม 2559

ผลการศึกษา ครอบครัวผู้ป่วย 88 ราย เปรียบเทียบระยะก่อนและหลังให้ข้อมูลแบบการประชุมกลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง กลุ่มละ 44 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหลังได้รับข้อมูลแบบการประชุมกลุ่มครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มก่อนให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวทั้งในระยะ 24, 72 ชั่วโมง ระยะจำหน่ายกรณีผู้ป่วยรอดชีวิตและกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่ากระบวนการให้ข้อมูลมีความครบถ้วนในทุกระยะ

สรุปผลการศึกษา การให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความพึงพอใจ และสร้างคุณภาพของการให้การพยาบาลให้ดีขึ้น **เชียงใหม่เวชสาร 2560; 56(3):165-73.**

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง ความพึงพอใจ

บทนำ

ครอบครัว เป็นหน่วยหนึ่งในสังคมซึ่งประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวโดยจำนวนสมาชิกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะหรือขนาดของครอบครัว สมาชิกครอบครัวต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน มีความรัก

ความผูกพัน ดูแลซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (1) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครอบครัวแม้จะเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล

ต่อสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) ที่เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วย เนื่องจากภาวะ sepsis จะส่งผลทำให้อวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (organ dysfunction) และเมื่อการติดเชื้อมีความรุนแรงมากขึ้น (severe sepsis) จนอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว (multiple organ failure) จะส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำที่ไม่สามารถแก้ไขได้หรือช็อกจากภาวะการติดเชื้อ (septic shock) ตามมาในที่สุด ซึ่งภาวะ septic shock จะสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ประกอบกับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis และ septic shock นั้นจะได้รับการรักษาโดยการทำการหัตถการที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำใหญ่ การใส่เครื่องติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรักษาบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องข้างเดียว เป็นต้น หัตถการและสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความตึงเครียดกับสมาชิกในครอบครัว โดยสมาชิกครอบครัวเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตร่วมกับผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดภาวะเครียด เกิดความกลัว วิดกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน การรับรู้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (2) มีการศึกษาทั้งทดลองในหอผู้ป่วย 22 แห่ง ในประเทศฝรั่งเศส พบการพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวแบบประชุมกลุ่มสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลและความกดดันของสมาชิกในครอบครัวดีกว่าการให้ข้อมูลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ (3) แสดงว่าการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว รวมทั้งช่วยให้สมาชิกครอบครัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis และ septic shock เฉลี่ยปีละ 480 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด (4) ซึ่งหอผู้ป่วยได้ตระหนักถึงนโยบายของฝ่ายการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในภาวะวิกฤต และให้การพยาบาลแบบองค์รวมเสมอมา การให้ข้อมูลแบบการประชุมกลุ่มครอบครัวจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาพูดคุยถึงเป้าหมายดูแลรักษาที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis และ septic shock ซึ่งเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพโรคและต้องทำการหัตถการต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วย การประชุมกลุ่มกับครอบครัวผู้ป่วยจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาเหมาะสมตามระยะของโรค รวมทั้งครอบครัวรับทราบปัญหาที่อาจจะรุนแรงและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลของทั้งสองฝ่ายรวมเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกในช่วงเวลาที่วิกฤต สะท้อนคิดกับตนเองให้เตรียมรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหารวมทั้งเผชิญต่อภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว นอกจากนั้นยังได้พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลและสุขศึกษา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น เกิดแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลครอบครัวผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การให้ข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการให้บริการทางการแพทย์ สร้างคุณภาพทางการแพทย์และเป็นการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการทำประชุมกลุ่มครอบครัวต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง
2. เพื่อประเมินความครบถ้วนของกระบวนการประชุมกลุ่มครอบครัวในระยะ 24, 72 ชั่วโมง และก่อนจำหน่าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดของโรเจอร์ คลาร์ก (5) โดยเป็นแผนการให้ข้อมูล (information plan) ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยระยะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด (ญาติ) ได้แบ่งกระบวนการเยี่ยมเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ระเบียบการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต สภาพอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งบอกหรืออธิบายวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย ระยะที่ 2 ผ่อนคลายความกลัวและวิตกกังวลขณะเข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะที่ 3 การสื่อสารกับผู้ป่วยและช่วยลดความเครียดของตัวผู้ป่วยและญาติ และระยะที่ 4 คำแนะนำการอยู่กับผู้ป่วย การสัมผัสกับผู้ป่วย หรืออาจจะให้การช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่าง

นิยามศัพท์

1. การให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงคือ การพูดคุยระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและการให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการร่วมกันวางแผนการรักษา โดยการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษา แนวโน้มของโรค และการพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลหลักและครอบครัว
2. ครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมว่ามี

ภาวะ severe sepsis หรือมีภาวะ septic shock และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยต้องมีบุคคลที่อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและมีสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วยเป็นหนึ่งในสมาชิกครอบครัวนั้น

3. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง หมายถึงความรู้สึกทางบวกของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงที่มารับบริการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมต่อการ ให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัว เป็นผลรวมของคุณภาพบริการที่ตนเองได้รับจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมสอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของตน

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบ ก่อน-หลังการดำเนินงาน (pre-post intervention study) เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างมิถุนายน 2557 ถึงพฤษภาคม 2559 การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้วโดยได้รับหนังสืออนุมัติเลขที่ 220/2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากข้อมูลคุณภาพของหอผู้ป่วยปี 2556 คำนวณความครบถ้วนของการให้ข้อมูลแบบประชุมครอบครัวในหอผู้ป่วยมีเพียงร้อยละ 50-60 จากรายงานการวิจัยพบการใช้เทคนิคประชุมกลุ่มครอบครัวเพิ่มความครบถ้วน

ของถึงการให้ข้อมูลแบบประชุมครอบครัวได้ร้อยละ 90 (6,7) ผู้วิจัยยอมรับความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ร้อยละ 5 (1-sided) และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 ร้อยละ 20 ดังนั้นจึงควรมีกุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 ราย และจากการดำเนินงานวิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวนทั้งหมด 88 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนระยะดำเนินการ จำนวน 44 ราย (เป็นกลุ่มจำหน่าย 22 ราย และกลุ่มเสียชีวิต 22 ราย) และกลุ่มระยะหลังดำเนินการจำนวน 44 ราย (เป็นกลุ่มจำหน่าย 22 ราย และกลุ่มเสียชีวิต 22 ราย) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ดูแลผู้ป่วยและมีสิทธิในการตัดสินใจการรักษาแทนผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3) เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงหรือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ป่วยแบบการประชุมกลุ่มครอบครัว ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ป่วยแบบการประชุมกลุ่มครอบครัวและ algorithm for providing supportive care to patients/their families in Medical ICU (ภาคผนวก) ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดของโรเจอร์ คลาร์ก (5) ประเมินคุณภาพของการพัฒนาโดยแบบประเมิน AGREE ของ St.George's Hospital Medical School, London แปลเป็นภาษาไทยโดยฉวีวรรณ ธงชัย (8) ผลการประเมินมีค่าเท่ากับร้อยละ 98.83 และได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 0.90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกการให้ข้อมูลผู้ป่วยแบบการประชุมกลุ่มครอบครัว และแบบประเมินความพึงพอใจในการให้ข้อมูลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการ 3 ระยะ คือ ก่อนดำเนินการระยะดำเนินการและหลังดำเนินการโดยเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เป็นระยะก่อนดำเนินการ (pre-intervention protocol) เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เป็นระยะดำเนินการ (intervention) และเดือนมีนาคม พ.ศ.2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2559 เป็นระยะหลังดำเนินการ (post-intervention)

2. นำแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher's Exact test) และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการให้ข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้ Mann Withney U test

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์เพศ อายุ และการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าจำนวนวันที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย และการรับทราบการดำเนิน

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความสัมพันธ์ เพศ อายุ และการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มให้ข้อมูลแบบ ปกติ (n=44)		กลุ่มให้ข้อมูลแบบประชุม กลุ่มครอบครัว (n=44)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสัมพันธ์					0.53
บุตร	20	45.45	27	61.36	
ภรรยาหรือสามี	14	31.81	8	18.19	
บิดาหรือมารดา	4	9.09	4	9.09	
พี่หรือน้อง	4	9.09	0	0	
อื่น ๆ	2	4.56	5	11.36	
เพศ					0.37
ชาย	14	31.81	18	40.90	
หญิง	30	68.19	26	59.10	
อายุ					0.72
15-60 ปี	36	81.81	32	72.72	
มากกว่า 60 ปี	8	18.19	12	27.28	
การศึกษา					0.76
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	50	34	77.27	
ปริญญาตรี	22	50	10	22.73	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของจำนวนวันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย และการรับทราบการดำเนินโรคก่อนเข้ารับการรักษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มให้ข้อมูลแบบ ปกติ (n=44)		กลุ่มให้ข้อมูลแบบประชุม กลุ่มครอบครัว (n=44)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนวันที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย					0.90
1-5 วัน	10	22.72	12	27.28	
6-10 วัน	28	63.63	26	59.10	
11-15 วัน	0	0	2	4.54	
16-20 วัน	4	9.09	0	0	
21-25 วัน	2	4.56	0	0	
26-30 วัน	0	0	2	4.54	
มากกว่า 30 วัน	0	0	2	4.54	
การรับทราบการดำเนินโรคก่อนเข้ารับการรักษา					1.0
ทราบ	32	72.73	34	77.27	
ไม่ทราบ	12	27.27	10	22.73	

ตารางที่ 3. ความพึงพอใจเฉลี่ยของสมาชิกครอบครัวในการบริการของบุคลากรหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ระยะ 72 ชั่วโมงต่อมา ระยะก่อนจำหน่ายและวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

ความพึงพอใจกับการบริการที่ได้รับ	กลุ่มให้ข้อมูลแบบปกติ (n=44)		กลุ่มให้ข้อมูลแบบประชุม กลุ่มครอบครัว (n=44)		p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD	
ระยะ 24 ชั่วโมงแรก	3.63	0.25	4.50	0.12	0.01
ระยะหลัง 24- 72 ชั่วโมง	3.25	0.20	4.38	0.20	0.01
ระยะก่อนจำหน่าย	2.50	0.15	4.34	0.07	0.02
วาระสุดท้ายของผู้ป่วย	2.33	0.44	4.28	0.12	0.01

โรคก่อนเข้ารับการรักษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัว โดยเก็บข้อมูลกลุ่มละ 22 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ($\bar{x}=4.50\pm0.12$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบปกติที่ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=3.36\pm0.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในระยะ 72 ชั่วโมงกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวมีความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=4.38\pm0.20$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบปกติที่มีความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=3.25\pm0.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในระยะก่อนจำหน่ายในกรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยโดยไม่ได้เสียชีวิตกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวมีความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=4.34\pm0.07$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบปกติที่มีความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=2.5\pm0.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.02$) ส่วนกรณีจำหน่ายผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวมีความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=4.28\pm0.12$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูล

แบบปกติที่มีความพึงพอใจเฉลี่ย ($\bar{x}=2.33\pm0.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

วิจารณ์

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือครอบครัวภายหลังได้รับข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติทั้งในระยะ 24, 72 ชั่วโมงระยะก่อนจำหน่ายในกรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตและกรณีเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวสำหรับผู้ป่วยติดเชือรุนแรงหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีความครบถ้วนของการให้ข้อมูลทั้งในระยะ 24, 72 ชั่วโมง และระยะก่อนจำหน่าย

การให้ข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยติดเชือรุนแรงได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่มครอบครัวและ algorithm for providing supportive care to patients/their families in Medical ICU ซึ่งการให้ข้อมูลโดยใช้แบบแผนขั้นตอน (algorithm) ในการสื่อสารที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ (evidence-base practice) เป็นแนวทางพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในหอ

ผู้ป่วยหนักเนื่องจากการใช้ algorithm มีส่วนทำให้ ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยได้พูดคุยให้ข้อมูล เกี่ยวกับแผนการรักษา อาการ การดูแลผู้ป่วยเพื่อ ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสร้าง เป้าหมายในการรักษาร่วมกัน (9,10) สอดคล้อง กับงานวิจัยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในประเทศ สหรัฐอเมริกาที่พบว่าการใช้ algorithm ในการให้ ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ ในการมีส่วนร่วมในการรักษาและรับรู้การทำงาน อย่างต่อเนื่องของบุคลากรทีมสุขภาพ (7) ส่วนวิจัย แบบนำร่อง (pilot study) เรื่องผลของการประชุม กลุ่มครอบครัวในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ที่มีหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 20 ครอบครัว มีการใช้ แนวปฏิบัติการประชุมกลุ่มครอบครัวโดยพยาบาล ผู้ได้ผ่านการฝึกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นสามารถใช้ได้ดีและเกิดผลลัพธ์ ที่ดีคือความพึงพอใจของครอบครัวเพิ่มขึ้น (11) การประชุมกลุ่มครอบครัวเป็นการค้นหาปัญหา หรือความต้องการเพิ่มเติมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลที่ชัดเจนเหมาะสม (12,13) ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลที่ ครอบครัวทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยวิธีการ ประชุมกลุ่มครอบครัวจะส่งผลต่อคุณภาพการ พยาบาลที่ดียิ่งขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เกิด การทำงานในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นการประกันคุณภาพโรง พยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับทีมบุคลากรทาง การรักษาพยาบาลในการให้ข้อมูลแบบการประชุม กลุ่มครอบครัว

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานคุณภาพ ของหอผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองซึ่งนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ให้เป็นไปตามมิติคุณภาพของโรงพยาบาล

3. เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดในการศึกษา ผลลัพธ์ด้านอื่นของการให้ข้อมูลแบบประชุมกลุ่ม ครอบครัวในผู้ป่วยภาวะวิกฤต เช่น ความวิตกกังวล

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.นพ.ชายชาญ โพธิ- รัตน์ หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผศ.ดร.จิราภรณ์ เตชะ อุดมเดช กลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคุณ สุมาลี ใจสุตา หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ที่ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, ชวนพิศ ทำนอง. การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น หจก. โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา. 2551.
2. ฉวีวรรณ ธงชัย. Holistic care in ICU. เอกสาร ประกอบการสอนการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
3. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A Communi- cation strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007; 356:469-78.
4. หน่วยเวชระเบียน. รายงานสถิติผู้ป่วยแผนกอายุร- กรรมประจำปี 2554-2556. เชียงใหม่: หน่วยสถิติ- ทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. 2554.

5. Clarke R. The path of development of strategic information systems theory. [document on the internet]. Version of 14 July 1994, with an Erratum of 5 July 2005 .(internet).1995. [cited 2017 Jan 18]. Available from:<http://www.rogerclake.com/SOS/StratIShRefs.html>.
6. Munro CL, Savel RH. Communication and connecting with patients and their family. *american journal of critical Care*. 2013; 22:4-6.
7. Huffines M, Johnson KL, SmitzNaranjo LL, Lisauer M, Fishel MA, D' Angelo Howes S, et. al. Improving family satisfaction and participation in decision making in an intensive care unit. *Critical Care Nurse*. 2013;33:56-69.
8. ฉวีวรรณ ธงชัย. แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก(The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE) (เอกสารจากอินเทอร์เน็ต) 2547 (เข้าถึงเมื่อ วัน 5 เดือนมกราคม ปี2557) เข้าถึงได้จาก http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Thai.pdf
9. Nelson JE, Walker AS, Luhrs CM, Cortez TB, Pronovost PJ. Family meetings made simpler: a toolkit for the ICU. *J Crit Care*. 2009;24; 626e7-.14.
10. Daly BJ, Douglas SL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peerless J, et. al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*. 2010;138:1340-8.
11. Hudson P, Thomas T, Quinn. Family meeting in palliative care: are they effective. *Palliative Medicine*. 2009;23:150-7.
12. กนกพร จิวประสาท. บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2558;26:15-24.
13. Gay EB, Pronovost PJ, Bassett RD, Nelson JE. The intensive care unit family meeting: making it happen. *J Crit Care*. 2009;24;629.e1-.12. doi: 10.1016/j.jcrc.2008.10.003.

Efficacy of Family Meeting for severe sepsis in Medical ICU, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Tula Wongpalee,¹ Monticha Kantha,¹ Nongluck Singkaew¹ and Juthamas Inchai²

¹Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, ²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Objective To assess family satisfaction between normal information and family meeting for severe sepsis and completeness of information at 24, 72 hours and discharge.

Methods A pre-post intervention study was compared among normal information and family meeting for severe sepsis in Medical ICU during June 2014 to may 2016.

Results Eighty-eight patient's families were compared between pre and post family meeting information for severe sepsis, the results revealed a post intervention group had statistically significant higher mean score of patient or family's satisfaction within 24, 72 hours and discharge period in case of survived and dead ($p < 0.05$). The information process was also completed in every stage.

Conclusion The family meeting information for severe sepsis has made patient or family high satisfaction and improved quality of nursing care. **Chiang Mai Medical Journal 2017; 56(3):165-73.**

Keywords: family meeting information, severe sepsis patient, satisfaction