The Efficacy of Medical Advice Forms for Patients Post Diagnosis in the Accidents and Emergency Department of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

*Suthasinee Senasu, M.D.**

Abstract

Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital has approximately 50,000 patients receiving treatment at the Emergency Department annually. Therefore, physicians must provide treatment for these patients in accordance with the responsibilities curtailed with the position to provide care for accident victims and patients requiring emergency services due to various diseases in addition to also providing care for patients afflicted with common diseases during their non-official time. Consequentially, physicians have very limited time to discuss with patients and their families about their health. Due to this restricted time, there can be confusion and misunderstandings regarding their diseases or symptoms that may easily occur. Hence, the researcher would like to develop a tool to increase the efficiency in communicating with patients by providing them with a medical advice form that relates the correct and accurate information concerning their disease and symptoms. This is a prospective study consisting of 186 cases divided into 2 groups as the study population. The experimental group, comprised of 93 cases, will receive the medical advice form before being discharged. The control group which also consists of 93 cases will not be receiving the medical advice form before being discharged. The results of this study found that: before receiving the medical advice form, patients from both groups are able to relate their diagnosis 93.5% and 95.7% respectively (P-value: 0.516). After the research was conducted, the experimental group is able to relate their diagnosis correctly at a higher percentage, 91.4%, as opposed to the control group at 74.2% (P-value: 0.002). Thus, the differences between the two groups are statistically significant.

Keywords: Emergency department; Discharge instruction

**Emergency department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital.*

Received: January 19, 2021; Revised: February 16, 2021; Accepted: April 18, 2021

ประสิทธิภาพของเอกสารให้คำแนะนำต่อการรับรู้การวินิจฉัยโรค ของผู้ป่วย ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*สุธาสินี เสนาสุ, พ.บ.**

บทคัดย่อ

เนื่องด้วยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินประมาณห้าหมื่นรายต่อปี และจากลักษณะงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุรวมถึงภาวะฉุกเฉินในโรคต่างๆ ตรวจบริการผู้ป่วยโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ ทำให้มีเวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติที่จำกัด ก่อให้เกิดความความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้ง่าย ผู้วิจัยต้องการทำเครื่องมือเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร โดยการใช้เอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในประชากร 186 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายจำนวน 93 ราย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายจำนวน 93 ราย ผลการทดลองพบว่าก่อนการให้เอกสารคำแนะนำ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตอบการวินิจฉัยโรคตนเองได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.5 และร้อยละ 95.7 ตามลำดับ (P-value 0.516) แต่เมื่อมีการประเมินซ้ำพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับเอกสารให้คำแนะนำตอบการวินิจฉัยโรคตนเองได้ถูกต้อง ร้อยละ 91.4 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ตอบถูกเพียงร้อยละ 74.2 (P-value 0.002) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน; เอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย

**แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา*

ได้รับต้นฉบับ 19 มกราคม 2564; แก้ไขบทความ: 16 กุมภาพันธ์ 2564; รับลงตีพิมพ์: 18 เมษายน 2564

บทนำ

วิธีการสื่อสารที่ดีและเวลาที่เหมาะสมมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ ให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและลดการกลับมาตรวจซ้ำ แพทย์และพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาใช้การสื่อสารโดยวิธีการอธิบายร่วมกับเอกสารให้คำแนะนำเป็นแผ่นพับในบางโรค แต่ในสภาวะที่เต็มไปด้วยความวุ่นวาย สับสน และเร่งรีบ ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์ เกิดความผิดพลาดและผิดคาดในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินมีความเข้าใจภาวะสุขภาพของ

ตนเองคลาดเคลื่อนในเรื่องของการวินิจฉัย และการรักษา การใช้ยา การดูแลตัวเองเบื้องต้น และการตรวจติดตามอาการ[1-6] การศึกษาของ Kristen และคณะ[7] ที่พบว่ามีถึง 78% ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเข้าใจต่อข้อมูลในการเจ็บป่วยของตนเองคลาดเคลื่อน หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยมีกว่าถึง 15% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ไม่ทราบว่าตัวเองถูกวินิจฉัยว่าอะไร

การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายมีหลายรูปแบบ ที่ใช้เป็นมาตรฐานเบื้องต้นในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติได้แก่ Verbal instruction หรือการให้ข้อมูลด้วยคำพูด ซึ่งมีข้อดีคือ ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ สามารถให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้โดยตรงอย่างละเอียด หากแต่ต้องอาศัยผู้ให้คำแนะนำเป็นผู้ที่มีความรู้และมีทักษะการสื่อสารที่ดี แต่ในทางปฏิบัติจริงมักจะพบว่าบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุน้อยยังมีทักษะในการสื่อสารที่ไม่ดี และมักจะหลงลืมหรือให้ความสำคัญน้อยกับการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย[8] อีกทั้งยังมีข้อจำกัดคือเรื่องของเวลา โดยเฉพาะสถานการณ์ในห้องฉุกเฉินที่มีความเร่งรีบตลอดเวลา ทำให้แพทย์อาจจะมีเวลาคุยและทำความเข้าใจกับญาติและผู้ป่วยไม่เพียงพอ ดังการศึกษาของ Rhodes และคณะ[9] พบว่าเวลาที่แพทย์ได้ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้นโดยเฉลี่ยมีเพียง 76 วินาที ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ไม่ครอบคลุมและครบถ้วนซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ต่อมาจึงมีการผลิตคำแนะนำก่อนการจำหน่ายในรูปแบบเอกสาร ข้อดีคือสามารถออกแบบให้เอกสารมีข้อมูลที่ครบถ้วน แต่ข้อจำกัดในหลายๆ การศึกษาก็พบว่า ข้อมูลที่มากเกินไปทำให้ผู้ป่วยง่ายต่อการเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน หรือข้อมูลที่เต็มไปด้วยตัวอักษร มักจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้อ่าน การศึกษาของ Ginde AA และคณะ[10] ที่ศึกษาเรื่องการให้คำแนะนำด้วยเอกสารเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลต่ำ พบว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหลังได้รับแจกเอกสารคำแนะนำโดยละเอียด โดยพบผู้ป่วยถึง 21% ที่ไม่ทราบว่าควรจะเช็คน้ำตาลให้บ่อยขึ้นหลังเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ

หลายๆ การศึกษาแนะนำว่าการให้คำแนะนำในเอกสารที่กระชับ ตัวอักษรที่ใหญ่ชัดเจน และใช้รูปภาพหรือตัวการ์ตูนในการดึงดูดความสนใจมักจะทำให้ผู้ป่วยอ่านและเข้าใจมากกว่าเอกสารที่มีแต่ตัวอักษรเพียงอย่างเดียว การศึกษาของ Jolly และคณะ[11] พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับเอกสารคำแนะนำก่อนจำหน่ายที่มีข้อมูลกระชับมีความเข้าใจในตัวโรคและการรักษาดีกว่าเอกสารคำแนะนำแบบมาตรฐานที่เต็มไปด้วยตัวหนังสือ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิภาพของเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายกับผู้ป่วยในรูปแบบที่กระชับ ตรงประเด็นว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรคที่เป็นได้ดีขึ้นหรือไม่ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพช่องทางการสื่อสารอันจะเป็นการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้เอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายในการรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Prospective Analytic Studies) ชนิดการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) แบบปกปิดทางเดียว (single blinded)

ประชากรที่ใช้ศึกษา: ผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
ระยะเวลาดำเนินการวิจัย: สิงหาคม - ตุลาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยหรือญาติที่มารับบริการที่อุบัติเหตุและฉุกเฉิน อายุ 15-80 ปี
2. ผู้ป่วยระดับความรุนแรง ระดับ 3 4 และ 5 ตามระดับการคัดแยก ESI Triage

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ
2. ผู้ป่วยระดับความรุนแรง ระดับ 1 และ 2 ตามระดับการคัดแยก ESI Triage
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการมองเห็นการได้ยิน หรือเป็นใบ้
5. ผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก
6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมอง หรือการคิดวิเคราะห์
7. ผู้ป่วยจิตเวช

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธี Two independent proportion comparison (two tailed) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Al Harthy และคณะ[12] ร้อยละความถูกต้องของการรับรู้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบวาจาเพียงอย่างเดียวเท่ากับ 64.21 (P1 = 0.64) ร้อยละความถูกต้องของการรับรู้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบวาจาร่วมกับเอกสารการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย เท่ากับ 91.67 (P2 = 0.91) โดยกำหนดค่า Alpha error = 0.05, Beta error = 0.2

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย แต่เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถอนออกจากการวิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 186 คน โดยแบ่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มละ 93 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์การศึกษา แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือ ขอความยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย
2. ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการตรวจรักษาและให้คำแนะนำตามมาตรฐาน โดยห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจัดอัตรากำลังให้มีแพทย์ปฏิบัติงานในทุกเวร

อย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจะได้รับการตรวจรักษาและการแนะนำจากแพทย์ผู้ดูแล 2 ท่านร่วมกัน

3. แพทย์ผู้ดูแลท่านที่ 1 จะมีการให้คำแนะนำแจ้งการวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วยและสอบถามทวนการวินิจฉัยโรคทันทีที่ให้คำแนะนำด้วยวาจาเสร็จสิ้น (Before) ด้วยคำถาม “การวินิจฉัยโรคของท่านคืออะไร?” พร้อมกับบันทึกข้อมูลลงไปในเวชระเบียนและแบบสอบถามส่วนที่ 1

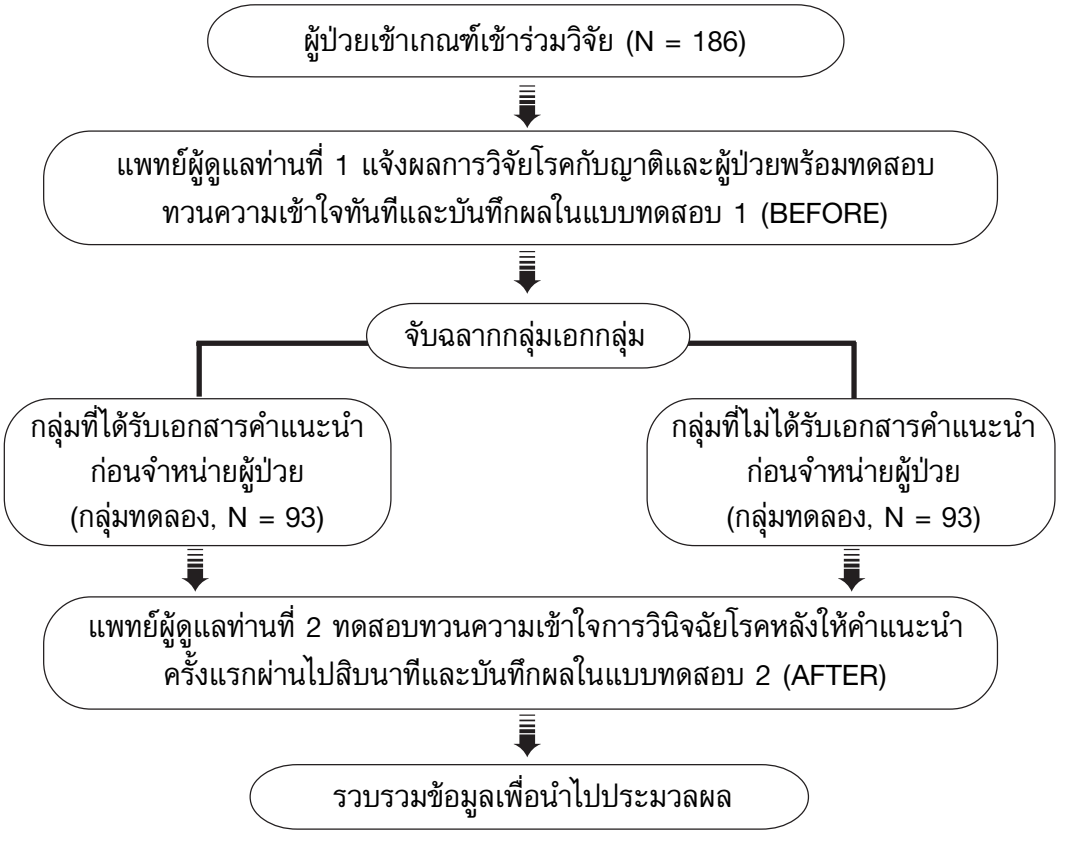
4. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มอย่างง่าย (Simple randomization) โดยวิธีจับฉลากแบ่งกลุ่มแบบไม่ใส่กลับ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มทดลอง) ได้รับการแจกเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มควบคุม) ไม่ได้รับการแจกเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

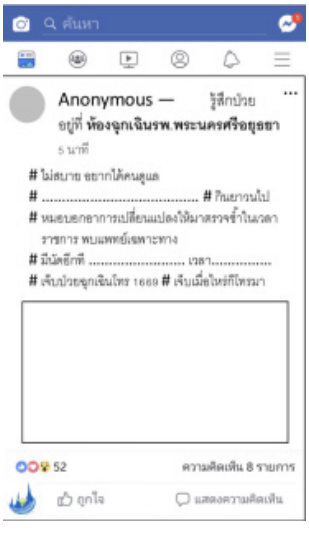
5. แพทย์ผู้ดูแลท่านที่ 2 เป็นผู้สอบถามการวินิจฉัยโรคก่อนบันทึกลงแบบสอบถามส่วนที่ 2 ด้วยคำถาม “การวินิจฉัยโรคของท่านคืออะไร?” หลังจากให้คำแนะนำครั้งแรกผ่านไปเป็นระยะเวลา 10 นาที (After) โดยที่แพทย์ผู้ดูแลท่านที่ 2 จะถูก ปกปิดและไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการแจกเอกสารหรือไม่

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลการตอบแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการ์ดอวยพร ที่มีรูปภาพแตกต่างกันตามช่วงกลุ่มอายุของผู้ป่วยโดยกลุ่มผู้ป่วยเด็กเป็นการ์ดรูปการ์ตูน กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นหนุ่มสาวเป็นรูปการเช็คอินและ Status Facebook และกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นรูปภาพดอกไม้และสีสวัสดีตามวัน โดยเน้นข้อมูลโรคที่ผู้ป่วยต้องรับทราบและการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองเบื้องต้นที่สำคัญ



ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยได้แก่แบบสอบถาม 1 และแบบสอบถาม 2

แบบบันทึกข้อมูลการรับรู้การวิจัยฉัยโรคผู้ป่วย
แบบสอบถาม 1

วันที่ ..... เวลา ..... HN .....

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัย
   ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ
2. เพศ
   ☐ หญิง ☐ ชาย
3. อายุ .....
4. อาชีพ .....
5. ระดับการศึกษา .....
6. DIAGNOSIS ภาษาอังกฤษ .....
7. DIAGNOSIS ภาษาไทย .....
8. ถามคำถามผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำเสร็จสิ้นทันที "การวินิจฉัยโรคของท่านคืออะไร?"
   .....
9. ผู้ป่วยตอบคำถามถูกต้องหรือไม่?
   ☐ ถูกต้อง ☐ ผิด
10. ผู้ป่วยได้รับการแจกเอกสารคำแนะนำก่อนจำหน่ายหรือไม่?
    ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

แบบบันทึกข้อมูลการรับรู้การวิจัยฉัยโรคผู้ป่วย
แบบสอบถาม 2

วันที่ ..... เวลา ..... HN .....

1. DIAGNOSIS ภาษาอังกฤษ .....
2. DIAGNOSIS ภาษาไทย .....
3. ถามคำถามผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำครั้งแรกสิบนาที "การวินิจฉัยโรคของท่านคืออะไร?"
   .....
4. ผู้ป่วยตอบคำถามถูกต้องหรือไม่?
   ☐ ถูกต้อง ☐ ผิด

เครื่องมือวัดผลการวิจัย

รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยปัจจัยที่มีลักษณะข้อมูลเชิงกลุ่ม ทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธี Chi-square test หรือ Fisher exact test สำหรับและภายในกลุ่ม เปรียบเทียบในช่วงการสอบถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยทันทีและหลังให้คำแนะนำผู้ป่วย 10 นาที ใช้วิธี McNemar's Test ส่วนปัจจัยที่มีลักษณะข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธี Independent T-Test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 021/2563 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอในรูปแบบตาราง การแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงอนุมาน (inferential statistics) โดยปัจจัยที่มีลักษณะข้อมูลเชิงกลุ่ม ทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธี Chi-square test หรือ Fisher exact test สำหรับ และภายในกลุ่ม เปรียบเทียบในช่วงการสอบถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยทันทีและหลังให้คำแนะนำผู้ป่วย 10 นาที ใช้วิธี McNemar's Test ส่วนปัจจัยที่มีลักษณะข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธี Independence T Test โดยกำหนด p-value ที่ น้อยกว่า 0.05 เพื่อสรุปในความสัมพันธ์และเหตุผลประเด็นที่ศึกษา

ผลการศึกษา

การกระจายตัวของผู้ป่วยจากการสุ่มเข้ากลุ่มในทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 ยกเว้นช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล พบว่า มีการเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 08.30-16.30 น. ร้อยละ 24.2 (45 ราย) ช่วงเวลา 16.30-24.30 น. ร้อยละ 50.5 (94 ราย) และช่วงเวลา 24.30-08.30 น. ร้อยละ 25.3 (47 ราย) โดยกลุ่มควบคุมมีการกระจายตัวในช่วงเวรดึกมากกว่ากลุ่มทดลอง (33:14 ราย)

เมื่อเปรียบเทียบผลการจากการตอบการวินิจฉัยโรค ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ในช่วงการสอบถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยทันที (before) กลุ่มควบคุม (ไม่แจกเอกสาร) มีผู้ที่ตอบถูกต้อง จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 95.7) และในกลุ่มทดลองตอบได้ถูกต้อง 87 ราย (ร้อยละ 93.5) ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.516) ส่วนในช่วงการสอบถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วย 10 นาที (after) กลุ่ม

ควบคุม (ไม่แจกเอกสาร) มีผู้ที่ตอบถูกต้อง จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 74.2) และในกลุ่มทดลอง ตอบได้ถูกต้อง 85 ราย (ร้อยละ 91.4) พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value=0.002) ในขณะเมื่อพิจารณาในแต่ละช่วงเวลาการทำงาน ในช่วงการสอบถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วย 10 นาที (after) มีการตอบได้ถูกต้องของกลุ่มทดลอง (แจกเอกสาร) มากกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา แต่มีเพียงช่วงเวรบ่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.020, ร้อยละ 57.6 และ 42.0 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

ผู้เข้ารับการวิจัยในกลุ่มทดลองพบเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.5 (60 ราย) เพศชายร้อยละ 35.5 (33 ราย) อายุเฉลี่ย 44 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.2) ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยร้อยละ 88.2 (82 ราย) ญาติร้อยละ 11.8 (11 ราย) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 37.6 (35 ราย) ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 21.5 (20 ราย) และค้าขายร้อยละ 15.1 (14 ราย) ศึกษาระดับมัธยมปลายร้อยละ 45.2 (38 ราย) ระดับประถมศึกษาร้อยละ 39.8 (37 ราย) ดังตาราง 1 ผู้เข้ารับการวิจัยสามารถตอบการวินิจฉัยโรคหลังได้รับคำอธิบายได้ถูกต้องร้อยละ 93.5 (87 ราย) ซึ่งเมื่อมีการประเมินซ้ำหลังได้รับคำอธิบายไปแล้ว 10 นาที พบว่า ตอบการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องลดลงเหลือร้อยละ 91.4 (85 ราย) แต่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.625) ทดสอบโดยสถิติ McNemar's Test ดังรายละเอียดดังตาราง 5

ส่วนในกลุ่มควบคุมพบเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.0 (67 ราย) เพศชายร้อยละ 28.0 (26 ราย) อายุเฉลี่ย 40.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.6) ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยร้อยละ 87.1 (81 ราย) ญาติร้อยละ 12.9 (12 ราย) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 50.5 (47 ราย) ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 16.1 (15 ราย) และค้าขายร้อยละ 14.0 (9 ราย) ศึกษาระดับมัธยมปลายร้อยละ 49.5 (46 ราย) ระดับประถมศึกษาร้อยละ 39.8 (37 ราย) ดังตาราง 1 สามารถตอบการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องร้อยละ 95.70 (89 ราย) และเมื่อมีการประเมินซ้ำหลังได้รับคำอธิบายไปแล้ว 10 นาที ตอบการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องร้อยละ 74.2 (69 ราย) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ทดสอบโดยสถิติ McNemar's Test ดังรายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 1 แสดงข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (demographic data)

ตัวแปร	รวม (n=186)	ไม่แจกเอกสาร (กลุ่มควบคุม) (n=93)	แจกเอกสาร (กลุ่มทดลอง) (n=93)	P-value
ผู้ให้คำแนะนำ				
ผู้ป่วย	163(87.6)	81(87.1)	82(88.2)	0.824
ญาติ	23(12.4)	12(12.9)	11(11.8)	
อายุ (ปี)				
15-19	19(10.2)	12(12.9)	7(7.5)	0.590
20-29	37(19.9)	21(22.6)	16(17.2)	
30-39	35(18.8)	17(18.3)	18(19.4)	
40-49	27(14.5)	13(14.0)	14(15.1)	
50-59	25(13.4)	13(14.0)	12(12.9)	
60-69	29(15.6)	13(14.0)	16(17.2)	
70-79	8(4.3)	3(3.2)	5(5.4)	
80 ขึ้นไป	6(3.2)	1(1.1)	5(5.4)	
mean$\pm$SD	42.5$\pm$18.5	40.2$\pm$17.6	44.9$\pm$19.2	0.085
เพศ				
ชาย	59(31.7)	26(28.0)	33(35.5)	0.270
หญิง	127(68.3)	67(72.0)	60(64.5)	
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	35(18.8)	15(16.1)	20(21.5)	0.079
รับจ้างทั่วไป	82(44.1)	47(50.5)	35(37.6)	
เกษตรกร	3(1.6)	0(0.0)	3(3.2)	
ค้าขาย	23(12.4)	9(14.0)	14(15.1)	
รับราชการ	13(7.0)	4(4.3)	9(9.7)	
พนักงานบริษัท	9(4.8)	7(7.5)	2(2.2)	
ศึกษาอยู่	21(11.3)	11(11.8)	10(10.8)	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2(1.1)	1(1.1)	1(1.1)	0.309
ประถมศึกษา	74(39.8)	37(39.8)	37(39.8)	
มัธยมต้น	3(1.6)	0(0.0)	3(3.2)	

ตัวแปร	รวม (n=186)	ไม่แจกเอกสาร (กลุ่มควบคุม) (n=93)	แจกเอกสาร (กลุ่มทดลอง) (n=93)	P-value
ระดับการศึกษา				
มัธยมปลาย	84(45.2)	46(49.5)	38(45.2)	
ปริญญาตรี	23(12.4)	9(9.7)	14(15.1)	
เวรการทำงาน				
เช้า	45(24.2)	20(21.5)	25(26.9)	0.006
บ่าย	94(50.5)	40(43.0)	54(58.1)	
ดึก	47(25.3)	33(35.5)	14(15.1)	

ตาราง 2 การแสดงการวินิจฉัยโรค

ตัวแปร	แจกเอกสาร (กลุ่มทดลอง) (n=93)	ไม่แจกเอกสาร (กลุ่มควบคุม) (n=93)	P-value
การวินิจฉัย			
กระเพาะอักเสบ	11(11.8)	13(14.0)	0.662
กระเพาะลำไส้อักเสบ	13(14.0)	15(16.1)	0.682
กรดไหลย้อน	1(1.1)	7(7.5)	0.064
ไข้	11(11.8)	6(6.5)	0.203
นิ่วในท่อไต	2(2.2)	3(3.2)	1.000
เวียนศีรษะ	6(6.5)	2(2.2)	0.278
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	3(3.2)	9(9.7)	0.073
ความดันโลหิตสูง	4(4.3)	4(4.3)	1.000
ปวดศีรษะ	5(5.4)	4(4.3)	1.000
หอบหืด	6(6.5)	2(2.2)	0.278
กล้ามเนื้ออักเสบ	4(4.3)	2(2.2)	0.682
วูบ หน้ามืด	2(2.2)	2(2.2)	1.000
หวัด	6(6.5)	3(3.2)	0.497
นิ่วในถุงน้ำดี	1(1.1)	1(1.1)	1.000
แพ้ยา	1(1.1)	2(2.2)	1.000
อื่นๆ	19(20.4)	16(17.2)	0.574

ตาราง 3 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตอบคำถามถูกต้อง แยกตามช่วงเวลาการทำงานก่อนการสุ่มเข้ากลุ่ม

ตัวแปร	แจกเอกสาร	ไม่แจกเอกสาร	P-value
ภาพรวม	**87(93.5)**	**89(95.7)**	**0.516**
เวรเช้า	25(100.0)	19(95.0)	0.444
บ่าย	49(90.7)	37(92.5)	1.00
ดึก	13(92.9)	33(100.0)	0.298

ตาราง 4 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตอบคำถามถูกต้อง แยกตามช่วงเวลาการทำงานหลังการสุ่มเข้ากลุ่ม

ตัวแปร	แจกเอกสาร	ไม่แจกเอกสาร	P-value
ภาพรวม	**85(91.4)**	**69(74.2)**	**0.003**
เวรเช้า	23(92.0)	15(75.0)	0.214
บ่าย	49(90.7)	29(72.5)	0.020
ดึก	13(92.9)	25(75.8)	0.244

ตาราง 5 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตอบคำถามถูกต้อง เปรียบเทียบความสัมพันธ์ก่อนและหลังการทดลอง

	AFTER (ถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่านไปแล้ว 10 นาที)						
	กลุ่มควบคุม(ไม่แจกเอกสาร)				**กลุ่มทดลอง (แจกเอกสาร)**		
BEFORE		ตอบผิด	ตอบถูก	Total	ตอบผิด	ตอบถูก	Total
(ถามหลัง	ตอบผิด	4	0	4	5	1	6
ให้คำแนะนำ	ตอบถูก	20	69	89	3	84	87
ผู้ป่วยทันที)	Total	24	69	93	8	85	93
	P-Value	<0.001			P-Value	0.625	

Before (ถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยทันที)
After (ถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่านไปแล้ว 10 นาที)
การเปรียบเทียบความถูกต้องระหว่างช่วงถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยทันทีและถามหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่านไปแล้ว 10 นาที ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ McNemar's Test

วิจารณ์

การให้คำแนะนำที่ดีที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพได้ถูกต้องแม้ไม่ได้เป็นผลการรักษาทางคลินิกที่วัดผลได้ชัดเจน แต่ก็เป็นส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน การศึกษาของ Vashi และ Rhodes[13] พบว่า 76% ของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ได้รับการอธิบายถึงอาการที่มาพบแพทย์ และมีเพียง 36% เท่านั้นที่ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากจำหน่ายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการเดิม การศึกษานี้พบว่า กลุ่มที่ได้รับเอกสารคำแนะนำก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย สามารถตอบการวินิจฉัยโรคของตนเองได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับเอกสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆก่อนหน้านี้[1-6] ดังนั้นเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเป็นช่องทางการสื่อสารทางที่ดีอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้องมากขึ้น แต่ข้อจำกัดของเอกสารให้คำแนะนำนั้นสามารถใส่ข้อมูลได้จำกัด ทำให้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ความเข้าใจมิติอื่นๆ ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor และคณะ[14] ที่พบว่ามีการแจกเอกสารให้คำแนะนำในห้องฉุกเฉิน ประเทศออสเตรเลียก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเพียงร้อยละ 60 และไม่มีเอกสารของโรงพยาบาลใดเลยที่มีข้อมูลครบถ้วน

การศึกษาของ Al Harthy และคณะ[12] พบว่าการให้คำแนะนำด้วยคำพูดร่วมกับการแจกเอกสารการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยจะเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากที่สุด และมากกว่าการใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ถึงแม้เอกสารจะมีข้อมูลที่ครบถ้วน ปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้การให้คำแนะนำอาจต้องเปลี่ยนรูปแบบตามบริบทของสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การศึกษาของ Wilkin และคณะ[15] เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายในรูปแบบเอกสารและวีดีโอ พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในรูปแบบวิดีโอมีความเข้าใจที่ดีกว่า ครบถ้วนทุกมิติของการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งน่าจะเป็นโอกาสพัฒนาการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินต่อไปในอนาคต

ประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยและญาติถึงร้อยละ 1.93 (10 ราย) ที่ตอบการวินิจฉัยโรคผิดทันทีหลังจากที่แพทย์ให้คำแนะนำ อาจเป็นเพราะสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินนั้น มีความวุ่นวาย พลุกพล่าน เสียงดัง แพทย์ขาดทักษะในการฟังและการสื่อสารที่ดี ดังการศึกษาของ Vashi และ Rhodes[16] และส่วนหนึ่งคือผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนรับข้อมูลว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญต้องให้ความใส่ใจจนทำให้การรับทราบข้อมูลนั้นผิดพลาด และคลาดเคลื่อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายแห่ง[17-19] ที่พบว่ามีหลายปัจจัยเป็นสาเหตุ เช่น ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ อารมณ์และความกังวล ความแออัดในห้องฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน เวลาที่แพทย์อธิบายและทำความเข้าใจกับญาติและผู้ป่วยไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rhodes และคณะ[20] ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาจนนำไปสู่เรื่องของการฟ้องร้องในที่สุด

สรุป

เอกสารให้คำแนะนำช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยและญาติให้ถูกต้องได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การปรับปรุงเอกสารให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายในห้องฉุกเฉินให้ครบถ้วน กระชับ เข้าใจง่ายเป็นช่องทางการสื่อสารที่ช่วยเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจให้กับผู้ป่วยและญาติ แต่สิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือการเพิ่มทักษะในการฟังและการสื่อสารที่ดีของแพทย์ พยาบาล และขั้นตอนการทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมถึงการจัดหาสถานที่ที่เงียบสงบและเป็นสัดส่วนในการพูดคุย โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องบอกข่าวร้าย น่าจะทำให้ญาติและผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลให้ดียิ่งขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือเป็นการทดสอบวัดความเข้าใจเรื่องการวินิจฉัยโรคเพียงมิติเดียว ยังขาดการประเมินเรื่องความเข้าใจในมิติอื่นๆ เช่น การปฏิบัติตัวหลังจากจำหน่าย การบริหารยา การสังเกตอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด ซึ่งล้วนแต่เป็นเรื่องสำคัญในการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งน่าจะเป็นโอกาสพัฒนาการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้และเป็นต้นแบบในการเป็นแพทย์ที่ดี ขอขอบพระคุณๆผู้ป่วยทุกท่านที่ยินดีเต็มใจ และสละเวลาร่วมเก็บข้อมูล ตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่มีประโยชน์เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Sheikh H, Brezar A, Dzwonek A, Yau L, Calder LA. Patient understanding of discharge instructions in the emergency department: do different patients need different approaches? Int J Emerg Med 2018;11:5.
2. Powers RD. Emergency department patient literacy and the readability of patient-directed materials. Ann Emerg Med 1988;17:124-6.
3. Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. Ann Emerg Med 1995;25:71-4.
4. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med 1997;15:1-7.
5. Logan PD, Schwab RA, Salomone JA 3rd, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. South Med J 1996;89:770-4.
6. Jolly BT, Scott JL, Feied CF, Sanford SM. Functional illiteracy among emergency department patients: a preliminary study. Ann Emerg Med 1993;22:573-8.
7. Kristen G, Michele H, et al., Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? Ann Emerg Med 2009;53:454-461.e15.
8. Ashbrook L, Mouran M, Sehgal N. Communicating discharge instructions to patients: A survey of nurse, intern, and hospitalist practices. J Hosp Med 2013;8: 36-41.
9. Rhodes KV, Vieth T, He T, Miller A, Howes DS, Bailey O, et al. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. Ann Emerg Med 2004;44:262-7.
10. Ginde AA, Pallin DJ, Camargo CA Jr. Hospitalization and discharge education of emergency department patients with hypoglycemia. Diabetes Educ 2008;34: 683-91.
11. Jolly BT, Scott JL, Sanford SM. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. Ann Emerg Med 1995;26:443-6.

12. Al-Harthy N, Sudersanadas KM, Al-Mutairi M, Vasudevan S, Saleh GB, Al-Mutairi M, et al. Efficacy of patient discharge instructions: A pointer toward caregiver friendly communication methods from pediatric emergency personnel. J Family community Med 2016;23:155-60.
13. Vashi A, Rhodes KV. "Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. Ann Emerg Med 2011;57:315-22.
14. Taylor DM, Cameron P. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? J Accid Emerg Med 2000;17:86-90.
15. Wilkin ZL. Effects of video discharge instructions on patient understanding: A prospective, randomized trial. Adv Emerg Nurs J 2020;42:71-8
16. Vashi A, Rhodes KV. "Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. Ann Emerg Med 2011;57:315-22.
17. Maloney LR, Weiss ME, Patients' perceptions of hospital discharge informational content. Clin Nurs Res 2008;17:200-19.
18. Karliner LS, Andrew A, Napoles A, Schillinger D, Nickleach D, Perex-Stable EJ. Language barriers and understanding of hospital discharge instructions. Med Care 2012;50:283-9.
19. Strunin L, Stone M, Jack B. Understanding rehospitalization risk: can hospital discharge be modified to reduce recurrent hospitalization? J Hosp Med 2007; 2:297-304.
20. Rhodes KV, Vieth T, He T, Miller A, Howes DS, Bailey O, et al. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. Ann Emerg Med 2004;44:262-7.