



การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วารารณณ์ เขมโชติกูร พย.ม.*

สุกัญญา ศรีสง่า วท.ม.**

สุนทรีย์ ศิริพรอดุลศิลป์ รม.**

บทคัดย่อ

จากการศึกษาปัญหาการดูแลมะเร็งศีรษะและคอ ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างพ.ศ. 2547 – กันยายน พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำเมื่อมีปัญหาร้อยละ 10.4 สาเหตุจากการวางแผนจำหน่ายขาดประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่าง 1 เมษายน 2550 – 31 ตุลาคม 2552 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ดูแลจำนวน 33 คู่ 2) ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ วิธีดำเนินการคือ ศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายเดิม กำหนดรูปแบบใหม่ ทดลองปฏิบัติและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินการวางแผนจำหน่ายและความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล สมุดภาพเรื่องการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง หุ่นโมเดลเจาะคอ แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำ สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1. โครงสร้าง คือ 1) ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ 2) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้รับบริการ 3) มีสื่อ คือ สมุดภาพ หุ่นโมเดลเจาะคอ 2. กระบวนการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาความสามารถโดยการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้ประกอบสมุดภาพ หุ่นโมเดลเจาะคอ ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะโดยการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติทุกวันจนจำหน่าย ระยะที่ 3 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อ 3) ผลลัพธ์ ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเจาะคอและหรือให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องร้อยละ 100 แต่เมื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ถูกต้องร้อยละ 92.9 และให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องร้อยละ 90 อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำร้อยละ 3.0 โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ผลการศึกษาอาจนำไปใช้ในการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของประชากรอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและตับในผู้ชายและมะเร็งปากมดลูกและเต้านมในผู้หญิง¹ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นผู้

ป่วยที่เรื้อรังที่มีความทุกข์ทรมานจากผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บทบาททางสังคม สัมพันธภาพ ในครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ² เนื่องจากต้องสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกายคือการพูด การได้ยิน การรับประทานอาหาร การกลืน การดมกลิ่น การ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหู คอ จมูก เคมีบำบัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์



หายใจที่ปกติ การมีแผล มีกลิ่นที่สร้างความน่ารังเกียจต่อผู้พบเห็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า หดห้วงหรือเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต^{3,4,5} นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่ยุงยาก ซ้ำซ้อนเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านเพราะไม่สามารถดำรงชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป เนื่องจากผู้ที่ได้รับการเจาะคอ ต้องให้อาหารทางสายยางจมูกหรือทางหน้าท้อง และต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นการติดเชื้อ การสำลัก การอุดตันของทางเดินหายใจ เป็นต้น⁶ ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนืองที่บ้านที่ดีพออาจกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งที่จะพิจารณาประโยชน์ของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนือง เป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งซึ่งพยาบาลควรปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือรับไว้ในความดูแล จนกระทั่งกลับบ้านและควรติดตามการดูแลสุขภาพต่อเนืองในรูปแบบต่างๆ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะช่วยลดระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางด้านผู้ให้บริการและโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้และทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ⁷

จากการศึกษาปัญหาย้อนหลังปี พ.ศ. 2547 – กันยายน พ.ศ. 2549 ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีปัญหาสำคัญคือ ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำเมื่อมีปัญหาร้อยละ 10.4 และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การพูด จากการศึกษาปรากฏการณ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่าการสอนกิจกรรมที่จำเป็นต้องกลับไปดูแลที่บ้านซ้ำเกินไปโดยจะสอนวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้เพียงพอที่จัดการภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง เช่น การอุดต้น ท่อทางเดินหายใจหลุดและสายยางให้อาหารหลุด เป็นต้น ไม่มีการประเมินเพื่อการดูแลต่อเนือง การส่งต่อและการ

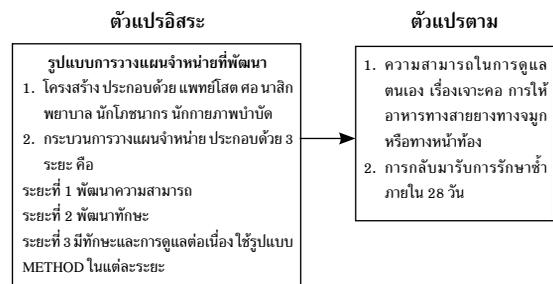
ติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนืองที่บ้าน นอกจากนี้การให้ข้อมูลไม่มีแบบแผนและสื่อการสอนมีไม่เพียงพอ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมและการดูแลต่อเนืองที่บ้านมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al.⁷ มาเป็นกรอบแนวคิดในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ ระบบส่งต่อและโภชนาการ โดยพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ในลักษณะการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research; R2R) ด้วยการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2550 – 31 ตุลาคม 2552 วัดผลการ



ดำเนินงานของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ คือ 1) อัตราความสามารถในการดูแลเรื่องเจาะคอ การให้อาหารทางสายยางทางจมูกหรือทางหน้าท้องของผู้ดูแล 2) อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ดูแลจำนวน 33 คู่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2550 - 31 ตุลาคม 2552 ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1) รูปแบบใหม่ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1.1) แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำ 1.2) แบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 1.3) แบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดัดแปลงมาจากสิริวรรณ เดียวสุรินทร์^๑ ประกอบด้วยด้านต่างๆ คือ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลร่างกาย การไต่ถามและการหายใจ 1.4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดัดแปลงมาจากสิริวรรณ เดียวสุรินทร์^๑ ประกอบด้วยด้านต่างๆ คือ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเหล็ก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าท่อเหล็กและการเตรียมอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านหูคอจมูก 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาก่อนนำมาใช้

3) เครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ 1) อุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ตามสภาพความต้องการและโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ชุดให้อาหารทางสายยาง นวัตกรรมแปรงล้างท่อเหล็กเจาะคอ เป็นต้น 2) แผ่นพับ/สมุดภาพการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในการให้อาหารทางสายยางจมูกหรือหน้าท้อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยเจาะคอ นวัตกรรมหุ่นโมเดลเจาะคอ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ประชุมร่วม

กันกับทีมสุขภาพเพื่อศึกษากระบวนการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเดิม และนำข้อมูลมาปรับในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2) กำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใหม่

ขั้นตอนการ นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำหนดใหม่ไปทดลองใช้ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่หลังจากได้รับการเจาะคอหรือการให้อาหารทางสายยางประเมินผู้ป่วยโดยการให้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล ร่วมลำดับความสำคัญของปัญหา ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจะรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารับรักษาซ้ำ และติดตามเยี่ยมโดยใช้โทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือนติดตามนาน 6 เดือนระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาที

ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย 1) ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอปัญหา พบว่า การสอนด้วยสมุดภาพอย่างเดียวทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะไม่เพียงพอในการดูแลท่อเจาะคอ จึงได้ปรับปรุงสื่อการสอนโดยใช้สมุดภาพร่วมกับทำนวัตกรรมหุ่นโมเดลเจาะคอมาช่วยสอนตั้งแต่วันแรกหลังเจาะคอ 2) นำข้อมูลที่ได้จากการใช้รูปแบบทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปเป็น “รูปแบบใหม่” ที่เสนอเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอของหอผู้ป่วยหูคอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์และนำมาใช้ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2550 - 31 ตุลาคม 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลความสามารถในการดูแลเรื่องเจาะคอ การให้อาหารทางสายยางจมูกหรือทางหน้าท้องของผู้ดูแล และอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ ใช้สถิติพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำระหว่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิม ด้วยค่าสถิติ t-test



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย หากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลาสามารถถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวม และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 30.3 เพศชายร้อยละ 81.8 เพศหญิงร้อยละ 18.2 ได้รับการรักษาโดยการเจาะคอมากที่สุดร้อยละ 39.9 รองลงมาคือเจาะคอร่วมกับให้อาหารทางสายยางจมูกร้อยละ 24.2 มีผู้ดูแลเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ ภรรยาร้อยละ 33.3

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยใหม่ ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย 1.1) ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ 1.2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้รับบริการ 1.3) สื่อ คือ สมุดภาพและหุ่นโมเดลเจาะคอ 2) กระบวนการวางแผนจำหน่าย มี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาความสามารถ 1) การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินการวางแผนจำหน่าย ในวันแรกหลังจากผู้ป่วยเจาะคอหรือใส่สายให้อาหาร โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยการใช้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2) การเตรียมผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย กำหนดระยะเวลาในการเตรียมความพร้อม 1 วันโดยมีการเตรียมผู้ป่วยต่อเนื่องตามแผนการจำหน่าย เตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนโดยใช้นวัตกรรมสมุดภาพ หุ่นโมเดลและแปรงล้างท่อเจาะคอมาเป็นสื่อช่วยสอน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาทักษะ วันที่ 2 - 4 พยาบาล HHC มาร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยพยาบาลสาธิตการดูแลท่อเจาะคอ การให้อาหารทางสายยางและให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติทุกวัน จนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งพบนักโภชนาการเพื่อฝึกปฏิบัติการทำอาหารปั่นผสมในผู้ป่วยที่ต้องให้ทางสาย

ยาง ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกหายใจและไอในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจและไอที่มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 มีทักษะและการดูแลต่อเนื่อง วันที่ 5 พยาบาลประเมินทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล และรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารับรักษาซ้ำ เมื่อพร้อมจำหน่ายกลับบ้านส่งต่อศูนย์ HHC ด้วยแบบส่งต่อและวางแผนดูแลร่วมกับศูนย์ แล้วประสานงานไปที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือน ระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาทีโดยติดตามหลักการ M-E-T-H-O-D ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและปัญหาที่พบขณะดูแลที่บ้านเพื่อช่วยแก้ปัญหา

ผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายขณะอยู่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลเจาะคอและการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องได้ถูกต้องร้อยละ 100 เมื่อติดตามเยี่ยมที่บ้านทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลเจาะคอได้ถูกต้องร้อยละ 92.9 และการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องได้ถูกต้องร้อยละ 90 อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำลดลงเหลือร้อยละ 3.0 โดยพบว่า อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาน้อยกว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังจากใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนามีผลลัพธ์ดีกว่าที่ใช้รูปแบบเดิม เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนามีการกำหนดโครงสร้างให้มีการประสานงานที่เป็นทางการ กำหนดหน้าที่ของทีมสุขภาพไว้ชัดเจน ทำให้ทุกคนทราบหน้าที่ตนเองซึ่งการทำเช่นนี้จะทำให้ไม่ทำงานซ้ำซ้อนและผู้ป่วยได้รับการดูแลครบและตรงตามความต้องการ ในด้านกระบวนการมีการกำหนดขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายที่ดีทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่ง



สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เตียวสุรินทร์⁶ ที่ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผน มีความรู้ กลับบ้านด้วยความมั่นใจและไม่กลับมา รักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น

สำหรับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนา กระบวนการวางแผนจำหน่ายมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาความสามารถ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาทักษะ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเรื่องเจาะคอ และการให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องและมั่นใจที่จะ กลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจากมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ วางแผนจำหน่ายเป็นผู้ดูแล ให้ความรู้โดยการสอน อย่างมีแบบแผน มีการใช้สื่อและกำหนดแผนการสอน เนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อดำเนินการสอนแต่ละครั้งจะมีการประเมินผลการ สอนครั้งที่ผ่านมา ถ้าขาดความรู้หรือทักษะในส่วนใดจะ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะซ้ำจนผู้ดูแลมีความรู้และ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีการฝึกปฏิบัติทุก วันจนจำหน่ายกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสศรี ชาวคี⁶ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าสูง กว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p -value < 0.05) และระยะที่ 3 ระยะมีทักษะ เมื่อประเมินพบว่าผู้ดูแลมีทักษะแล้วแพทย์จำหน่าย กลับบ้าน ระยะนี้มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดย การส่งศูนย์ HHC และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งจะติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ แรกทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปรับตัวในการ ดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่มีพยาบาลร่วมดูแลด้วย อาจ เกิดปัญหาในการดูแลขณะอยู่ที่บ้านการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการ ทำหน้าที่ของร่างกายจิตใจและสังคม^{9,10,11} สอดคล้องกับ การศึกษาของอ่อนน้อม ฐปะวีโรจน์⁷ พบว่าการวางแผน

จำหน่ายและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยเบาหวานทำให้อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการบริการแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.05)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ พัฒนาไปทดลองขยายผลในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
2. เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้เป็นรูปแบบ ตามบริบทของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ศูนย์ หากโรงพยาบาลชุมชนต้องการนำไปใช้ควรมีการ ประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ
3. เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าไม่ได้ศึกษาความ พึงพอใจดังนั้นควรศึกษาความพึงพอใจในรูปแบบการ วางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้ บริการและควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการคุ้มค่าคุ้มทุน ในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยหู คอ จมูก ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทุก ท่าน ที่ให้เก็บข้อมูลการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

References

1. National of research institute. The cancer which meet often in a Thai. Villagers doctors 1997: 18: 7.
2. Parzuchowski J. Head and neck cancer. In Otto, S. E. Oncology nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1994.
3. Fredette SL. A model for improving cancer patient education. Cancer nursing 1990: 4: 207-15.
4. Krause K. Contracting cancer and coping with it: Patients experiences. Cancer Nursing 1991: 3240-45.
5. Mathura CB, Sadler C, Myers EM. Psychology In Myers, E. M. Head and neck Oncology. Boston: Little, Brown and Co; 1991.
6. Siriwan D. A Model development of discharge planning in head and neck cancer patients. (Thesis).



- Songkla: Prince of Songkla University; 1999.
7. Onnom D. Effects of discharge planning and telephone follow up on re-admission rate and nursing service satisfaction of diabetic patients and nurses' job satisfaction. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
 8. Prapadsri C. A Model development of discharge planning in head injury patients Khon Kaen Hospital. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 1992.
 9. Ratchanee S. Effects of telephone follow up on self care in schizophrenia patients after discharge. (Thesis). Chiangmai: Chiangmai University; 2001.
 10. Juaangpanich U, Onbunreang J, Lumlud J, Khan-sorn T, Uatanasapt P. Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in cancer Patients. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 39-45.
 11. Moolnibal K, Sutra P. Family Health Behavior Prevention Program for cervix Cancer in Amphoe Phonphisai, Nong Khai Province. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(2): 147-153.

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดูแลเรื่องเจาะคอ การให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องของผู้ดูแลในขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้านโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

รายการ	การปฏิบัติ			
	ถูกต้อง(ราย)	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง(ราย)	ร้อยละ
ขณะอยู่โรงพยาบาล				
ความสามารถในการดูแลเรื่องการเจาะคอ (N=28)	28	100	0	0
ความสามารถในการดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้อง (N=20)	20	100	0	0
ขณะอยู่ที่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์				
ความสามารถในการดูแลเรื่องการเจาะคอ (N=28)	26	92.9	2	7.2
ความสามารถในการดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้อง (N=20)	18	90	2	10

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (N=33)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	t-test	p-value
	ร้อยละ	ร้อยละ		
อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ	10.4	3	55.6	<0.001



Discharge Planning Model Development of Patients with Head and Neck Cancer at ENT Unit, Buriram Hospital

Waraporn Khemshotgun M.N.S.*

Sukanga Srisanga M.S.**

Suntharee Siripornadunsil M.Pol.Sc.**

Abstract

According to a situation analysis of care for the head and neck cancer patients at Buriram Hospital from 2004 to September 2006, it was found that there was 10.47% re-admission due to an inefficiency discharge planning. Therefore, this study aimed to develop a model to improve discharge plan for head and neck cancer. This study developed discharge planning model for the head and neck cancer patients and evaluated its result with the patients, who admits at ENT unit of Buriram Hospital during 1 April 2007 to 31 October 2009 using research and development (R&D) methodology. Participants of this study included 33 patients with head and neck cancer and their care givers, one care giver for each patient, and health care providers including doctors, nurses, physiotherapists and nutritionist. This study involved 3 steps: 1) reviewing discharge planning procedure, 2) developing a desire discharge planning model, 3) piloting the developed model. Instruments used in this study included discharge planning evaluation form, competency assessment form, and readmitting record documents. Percentage and t-test were used for statistical analysis.

Results: The developed discharge planning model comprised of 1) health care team including doctors, nurses, physiotherapist, and nutritionist, 2) patients and care givers as clients, and 3) health education package. The discharge planning processes comprised of 3 processes: 1) patient and care giver capacity building, 2) developing patient and care giver skills through daily practice until discharge, 3) building care and referral capacity for health providers. After model implementation, it was found that all (100%) of care giver can provide tracheostomy care or feeding patient correctly before patient discharge. However, follow up telephone showed that 1) 92.9% of care givers could provide tracheostomy care correctly and 90% of them could feed. Moreover, there was 3% of readmission providing statistically significant improvement of readmission (p -value < 0.001). In conclusion, this study showed that the developed discharge planning model could effectively prepare care givers to provide continuum care in their setting. Results of this study may be implemented into discharge planning practice for patients with head and neck cancer at other hospitals.

Keywords: a model development, discharge planning, head and neck cancer patients

* RN, Head nurse Director, Buriram Hospital

** RN, ENT and Chemo therapy unit, Buriram Hospital