

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการ อาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้

ณัฐฐิกา แซ่เต๋¹

สุดศิริ หิรัญชุนหะ²

ชนิษฐา นาคะ²

Effect of a discharge planning program on the self-management ability of asthmatic patients attending an emergency room in the unrest area of southern Thailand

Sae-Tae N¹, Hirunchunha S², Naka K².

¹Yala Hospital, Yala, 95000, Thailand

²Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2009;27(5):359-368

¹งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา อ.เมือง จ.ยะลา 95000

²ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 5 มีนาคม 2552 รับลงตีพิมพ์วันที่ 12 มิถุนายน 2552

Abstract:

The purpose of this quasi-experimental research was to evaluate the effects of a discharge planning program on the self-management ability of asthmatic patients attending a hospital emergency unit in the unrest area of southern Thailand. Sixty-four asthmatic patients who attended the emergency unit of Yala Hospital during November 2007 to December 2007 with acute symptoms were randomly selected. The patients attending on odd-numbered days were recruited as a control group and those who attended on even-numbered days were recruited as the experimental group. The intervention was a discharge planning program covering self-management in case of a sudden asthmatic attack. The instruments for data collection were a questionnaire assessing the self-management ability of asthmatic patients and a 48 hours revisit record. The instruments were content validated, and reliability tested by test-retest, yielding a correlation coefficient of 0.80. The scores were compared between the groups using independent t-test, and the 48 hours revisit records were compared using chi-square test.

The results showed that the mean score of total self-management ability of the experimental group receiving the discharge planning program was statistically significantly higher than that of the control group ($p < 0.001$). The percentage of 48 hours revisits in the experimental group was significantly lower than in the control group (28.1% vs. 81.3%) ($p < 0.05$).

The results of this study indicate that it would be useful to develop a discharge planning program for asthmatic patients in the three border provinces of southern Thailand.

Key words: asthmatic patients, discharge planning program, self management

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 64 ราย สุ่มเข้ากลุ่ม โดยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาวันที่เลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม วันที่เลขคู่เป็นกลุ่มศึกษา เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันและแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ 0.80 คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ และวิเคราะห์การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ใช้สถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มศึกษาที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนร้อยละของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงของกลุ่มศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 28.1 และ 81.3) ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยโรคหืดที่เหมาะสมภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการอาการด้วยตนเอง, โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคหืด

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย อาการหอบเฉียบพลันรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืด (acute asthmatic attack) จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์อันดับที่ 9 ที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่ง¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต² โดยสาเหตุมาจากการได้รับสารก่อภูมิแพ้หรือสิ่งกระตุ้น เช่น ยาบางชนิด โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อุณหภูมิของอากาศที่เปลี่ยนแปลง ความเย็น อารมณ์รุนแรง เป็นต้น ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อย มีอาการหอบตัวโยน เหนื่อยออกและมีเสียงหวีด (wheezing) ในทรวงอก อาการหอบเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงสามารถหายเป็นปกติได้เองหรือบรรเทาอาการหอบโดยการให้ยาขยายหลอดลม³⁻⁴

ปัจจุบันแม้จะมีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาอาการหอบเฉียบพลันซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป และมีวิธีการรักษาอาการหอบเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ มียาใช้แก้ไขบรรเทาอาการหรือควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบเฉียบพลันเป็นยาที่ใช้ง่าย ออกฤทธิ์เร็ว และผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยสามารถใช้รักษาอาการหอบเฉียบพลันได้เองที่บ้าน⁵⁻⁶ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนใต้ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547-2549 มีจำนวน 1,620, 1,430 และ 1,764 ราย ตามลำดับ⁷ โดยผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547-2549 มีจำนวน 26, 50 และ 99 ราย ตามลำดับ⁷ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองยังไม่ดีพอ ระบบบริการ

สุขภาพไม่ได้สนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวทางการรักษา การประเมินความรุนแรงของโรค การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและวิธีใช้ยาสูดพ่น⁵

อาการหอบเฉียบพลันมีระยะสงบไม่มีอาการ และระยะหอบเฉียบพลันรุนแรง จะแสดงอาการเกิดขึ้นเป็นพักๆ ไม่แน่นอน ส่วนใหญ่มักมีอาการในตอนกลางคืนและเช้ามืด⁵ นอกจากนี้พื้นที่ชายแดนใต้ในปัจจุบัน ปรากฏเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งการก่อการร้ายจะกระทำในหลากหลายรูปแบบ ทำให้มีผลคุกคามต่อความรู้สึกและความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันต้องเปลี่ยนแปลงไป มีการปรับเปลี่ยนเส้นทางการเดินทาง ออกเดินทางในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมนอกบ้านเป็นไปอย่างรีบด่วน⁹ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง จะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันไม่ให้รุนแรงได้ และไม่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยังมีความเสี่ยงในการเดินทางมารักษาในตอนกลางคืน

การปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในปัจจุบัน มักเป็นไปทางด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบเฉียบพลันตามการรักษาของแพทย์ พยาบาลมักเน้นให้ความรู้เฉพาะการรับประทานยา การใช้ยาสูดพ่นและการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ค่อยเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง¹⁰⁻¹¹ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เป็นกระบวนการช่วยเหลือ

ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง¹² ดังนั้น การวางแผนการจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน เป็นผลให้อุบัติการณ์การกลับมาตรวจรักษาซ้ำด้วยอาการหอบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมงลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันและการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์และพัฒนาโดยประยุกต์ตามแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รูปแบบ M-E-T-H-O-D ตามกระบวนการพยาบาลของกองการพยาบาล¹²⁻¹³ และความสามารถในการจัดการอาการด้วยตนเอง (self-management)¹⁴ โดยมีรายละเอียดดังนี้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันเข้ามารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์จะรักษาเพื่อควบคุมอาการหอบเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาและแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบจึงเริ่มขึ้นโดยพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลตามแผน

การสอนที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แผนการสอนจะครอบคลุมการทำความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวต่อเป้าหมายของการรักษาความรู้เกี่ยวกับอาการหอบเฉียบพลัน การปฏิบัติตัว การเฝ้าระวัง การสังเกตอาการตนเอง และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา รวมทั้งการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง การจัดการอาการด้วยตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมอาการแสดงของโรค ปรับปรุงภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถดำรงอยู่กับอาการหอบเฉียบพลันได้¹⁴⁻¹⁵ การที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น¹⁴ การให้ความรู้และฝึกทักษะตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในการศึกษานี้เน้นการพัฒนาความสามารถในการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการและควบคุมอาการหอบเฉียบพลันและการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง รวมทั้งความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัดในเวลาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกช่วงเวลาปกติ เพื่อลดการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อีกทั้งหลีกเลี่ยงการเดินทางมารักษาช่วงกลางคืน ซึ่งเป็นช่วงที่อาจเกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิต

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม (posttest control group design) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่มาด้วยอาการหอบเฉียบพลันที่ใช้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ระยะลาที่มีคุณสมบัติ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลัน ได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมอาการได้ และแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่พบเสียงหวีด และระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 90 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่มีผลต่อระบบหายใจ เช่น วัณโรค โรคหัวใจ เป็นต้น การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการวิจัย (power analysis) เท่ากับ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) และได้ขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.70¹⁶ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 32 ราย มีการจัดแบ่งกลุ่มโดยให้ลักษณะของเพศที่เหมือนกัน และอายุให้ใกล้เคียงกันอยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา วิธีการแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ใช้สุ่มการเลือกตัวอย่าง ตามลำดับวันที่ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้วันที่เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุมและให้วันที่เลขคี่เป็นกลุ่มศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลัน ประกอบด้วย แบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แบบประเมินการพ่นยา แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตาม

คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงนำไปใช้ในการวิจัย สำหรับแบบประเมินการพ่นยา นำมาหาความเที่ยง (reliability) ทำการสังเกตในเวลาเดียวกันกับผู้ช่วยรายเดียวกัน (inter-rater method) โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 1 คน สังเกตผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย ได้คะแนนค่าความเที่ยงเท่ากับ 1 หลังจากนั้นได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 5 ราย แล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

1.2 แบบสอบถามวัดความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจากจุก สุวรรณโณ¹⁷ และสุชาพร ทิพย์สินวล¹⁰ ลักษณะข้อคำถามมี 3 ด้าน จำนวน 18 ข้อ คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการและควบคุมอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ และด้านขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการและควบคุมอาการหอบเฉียบพลันที่รุนแรง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 4 ปฏิบัติทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน นำคะแนนมากำหนดเกณฑ์โดยจัดอันดับแบบผ้งเกณฑ์ คำณวนหาอันตรายภาคขึ้น คะแนนต่ำสุด หมายถึง ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อยมาก ส่วนคะแนนสูง หมายถึง ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับมากที่สุด เครื่องมือนี้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยงโดยวิธี percentage of agreement เท่ากับ 0.88

แบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 0 = ไม่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และ 1 = กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อแพทย์รักษาจนสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันและพิจารณาให้กลับบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. การดำเนินการกับกลุ่มศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการ ประเมินการพินยา ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะตามแผนการสอนและภาพพลิกที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มศึกษาแต่ละราย พร้อมทั้งให้คู่มือกลับไปทบทวนที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย 48 ชั่วโมง และประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

2. การดำเนินการกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยพยาบาลจะแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับและบอกวันที่แพทย์นัด ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังการจำหน่าย 48 ชั่วโมง และประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติทีอิสระ และวิเคราะห์การกลับมาตรวจรักษาซ้ำใช้สถิติไค-สแควร์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 64 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ย 47.5 ปี S.D. = 12.3 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 57.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.2 การประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 37.5 ค่ารักษาพยาบาล ใช้บัตรประกันสุขภาพ (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 75 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 96.9) และกลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 79.7 ทุกรายมีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย (ตารางที่ 1)

ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 3.39, p < 0.001$) และจากการติดตามการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่า ร้อยละของกลุ่มศึกษาที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 28.1 และ 81.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

1. ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินถึงปัญหาและความต้องการแต่ละราย การปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงประเด็นอย่างเป็นขั้นตอน ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ทั้งนี้ ในบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นการบริการที่อาศัยความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย พยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (N = 64)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	กลุ่มศึกษา (n = 32) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 32) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (ปี)			5.31
1-5	6 (18.8)	5 (15.6)	
6-10	9 (28.1)	7 (21.9)	
11-15	9 (28.1)	7 (21.9)	
>15	8 (25.0)	13 (40.6)	
ระยะเวลาที่แสดงอาการเหนื่อยหอบ			12.08
ทุกวัน	19 (59.4)	20 (62.5)	
บางวัน	13 (40.6)	12 (37.5)	
ช่วงเวลาที่มักมีอาการเหนื่อยหอบ			2.73
04.00-06.00 น.	3 (9.4)	1 (3.1)	
16.01-18.00 น.	17 (53.1)	18 (56.3)	
18.01-20.00 น.	12 (37.5)	13 (40.6)	
ความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน และต้อง เข้ามารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ครั้ง/ปี)			5.31
ไม่เกิน 5	2 (6.3)	3 (9.3)	
6-10	18 (56.2)	4 (12.5)	
>10	12 (37.5)	25 (78.1)	
ความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลันที่ต้อง นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง/ปี)			12.08*
ไม่เคย	13 (40.6)	5 (15.6)	
1-2	17 (53.1)	3 (15.6)	
3-4	2 (6.3)	22 (68.7)	
>4	0 (0)	2 (6.3)	
ประวัติการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ			6.34*
ไม่เคย	18 (94.7)	13 (40.1)	
เคย	1 (5.3)	14 (43.7)	
ประวัติการเป็นโรคภูมิแพ้ในครอบครัว			3.69
ไม่มี	23 (71.9)	20 (62.5)	
มี	9 (28.1)	12 (37.5)	
สาเหตุจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ/ไขหวัด			2.07
บ่อยๆ (เกือบทุกเดือน)	30 (93.8)	32 (100)	
นานๆ ครั้ง	2 (6.3)	0 (0)	
ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน			3.14
ไม่ทราบ	15 (46.9)	20 (62.5)	
ทราบ	17 (53.1)	12 (37.5)	

*P<0.05

ต้องมีการประเมินที่แม่นยำ วิเคราะห์ตัดสินใจที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น¹⁸ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสอนตามโปรแกรมใช้เวลา 15 นาที กลุ่มศึกษาได้รับการสอนตามขั้นตอน มีภาพพลิกประกอบการสอน และฝึกทักษะการพ่นยาและบริหารการหายใจ นอกจากนี้ กลุ่มศึกษายังได้รับคู่มือกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน การสอนที่มีภาพพลิกประกอบการสอน ทำให้สามารถเรียนรู้ให้เกิดทักษะ เกิดความคิดและความเข้าใจ¹⁹⁻²⁰ ผู้วิจัยมีการประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังการให้ความรู้โดยใช้คำถามทำให้อายุมากขึ้น เติบโตมากขึ้น และเมื่อมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวที่บ้าน กลุ่มศึกษาสามารถอ่านทบทวนจากคู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้ได้ตลอดเวลา ซึ่งคู่มือนี้มีเนื้อหาสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและมีภาพประกอบ

จากการศึกษา พบว่า สาเหตุของอาการหอบเฉียบพลันอันดับแรก คือ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 50 เนื่องมาจากสภาพอากาศช่วงเดือนพฤศจิกายน และเดือนธันวาคมซึ่งเป็นช่วงที่ศึกษามีฝนตกชุกตลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นไข้หวัดได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุจากควันบุหรี่เป็นอันดับรองลงมา ร้อยละ 46.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพขายอาหาร สัมผัสกับบุหรี่จากผู้รับประทานอาหารในร้าน ซึ่งควันบุหรี่นั้นว่าเป็นมลพิษทางอากาศที่ร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบเฉียบพลันขึ้นมาทันที²¹

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มศึกษาได้รับการสอนตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแล้ว แต่จากการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน พบว่า มีคะแนนการควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้า-ออกแบบเป่าปากอย่างช้าๆ เมื่อเกิดอาการหายใจหอบเฉียบพลันขึ้นอยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{X} = 0.84$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ประกอบกับระยะเวลาการเป็นโรคหืดที่มากกว่า 15 ปี โดยที่ความรุนแรงของอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้กลุ่ม

ตัวอย่างรับรู้ว่าต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นเวลานานด้วยยาหลายชนิด จึงควบคุมอาการของโรคได้ จึงไม่ได้มีการฝึกควบคุมการหายใจอย่างจริงจัง ทั้งนี้การควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้า-ออกแบบเป่าปากอย่างช้าๆ เมื่อเกิดอาการหายใจหอบเฉียบพลันสามารถช่วยลดอาการหายใจหอบเหนื่อยในผู้ป่วยโรคหืดได้ เพราะการหายใจช้าลง ทำให้หายใจลึกมากขึ้น จึงช่วยเพิ่มปริมาตรความจุปอดและลดอัตราการหายใจเหนื่อยหอบ²²

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มศึกษามีการปฏิบัติขั้นตอนการพ่นยาไม่ถูกต้องในขั้นตอนการหายใจลึกๆ พร้อมกับกดยาพ่นหนึ่งครั้ง ร้อยละ 43.8 การกลืนหายใจให้นานประมาณ 10 วินาที ร้อยละ 40.6 และการพ่นลมหายใจออกทางจมุก ร้อยละ 37.5 ซึ่งจากการประเมินพบว่า ไม่มีการกลืนหายใจหลังจากสูดยา จะปล่อยลมหายใจทันที ยังพบว่ากลุ่มศึกษามีการกดยาจนแล้วจึงสูดยาพ่นเข้าไปไม่สัมพันธ์กัน ซึ่งอาจทำให้ปริมาณยาที่ได้รับน้อยลงเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรงขึ้น ทำให้การใส่ยาพ่นชนิดพกพา (metered-dose inhaler: MDI) ของกลุ่มศึกษาจะต้องกระทำอย่างรวดเร็ว ประกอบกับในปัจจุบันเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ มีความเสี่ยงในการเดินทางมารักษาในตอกกลางคืน ส่งผลให้กลุ่มศึกษามีการพ่นยา และรีบไปโรงพยาบาลทันที โดยไม่ได้เว้นช่วงเวลาในการให้ยาออกฤทธิ์อย่างเต็มที่ กลุ่มศึกษาจึงรู้สึกอาการหอบไม่ทุเลาลงหลังพ่นยา

2. การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

กลุ่มศึกษากลับมาตรวจรักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องมาจากกลุ่มศึกษาได้รับคำแนะนำถึงการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามการประเมินปัญหาและความต้องการแต่ละราย นอกจากนี้การเตรียมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้กลุ่มศึกษามีการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ร่วมกับการมีคู่มือกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ทำให้สามารถจัดการอาการหอบได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุม

มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค การเข้ามารักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มศึกษา และส่วนใหญ่เมื่อเข้ามารักษาแล้วต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้น กลุ่มควบคุมอาจมีระดับความรุนแรงของโรคมากกว่า ทำให้มีโอกาสกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มศึกษา

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มศึกษากลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังพบว่ามีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของกลุ่มศึกษา โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 21.8 และมีสาเหตุจากความวิตกกังวล ร้อยละ 6.3 ซึ่งกลุ่มศึกษาที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่มีอาชีพขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ประกอบกับช่วงที่ศึกษา สภาพภูมิอากาศมีฝนตกตลอดเวลา ทำให้ต้องประกอบอาชีพตามปกติ กลุ่มศึกษาสวมเสื้อกันฝนขณะทำงาน แต่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอและต้องทนอยู่กับอากาศที่ชื้นตลอดเวลา ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ ด้วยลักษณะการทำงานตามอาชีพและสภาพอากาศที่ชื้นตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอากาศเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอาการหอบรุนแรงบ่อยขึ้น ส่วนกลุ่มศึกษาที่เหลือมีสาเหตุจากความวิตกกังวลจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการแสดงช่วงกลางคืนซึ่งเป็นช่วงที่ไม่ปลอดภัยในการเดินทาง กลุ่มศึกษาเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะจัดการอาการได้จึงรีบไปโรงพยาบาลทันที

สรุป

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พื้นที่ชายแดนใต้ที่มีเหตุการณ์ไม่สงบ การวางแผนจำหน่ายที่เน้นความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการและควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบเฉียบพลันรุนแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว

สามารถจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถหลีกเลี่ยงการเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ไม่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2547;26:59-69.
2. Braman SS. The global burden of asthma. Chest 2006;130:4-12.
3. วิไลวรรณ วิริยะไชโย. การรักษาโรคหืดปี 2003: Management of common diseases in medicine. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์; 2546.
4. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. ยาขยายหลอดลม B₂-agonist. ใน: วิทยา ศรีตามา, บรรณาธิการ. คู่มือการไต่ถามทางอายุรกรรมและดัดขนินค้นหาชื่อยา พ.ศ. 2544. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544; หน้า 324.
5. วัชรา บุญสวัสดิ์. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบัน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2540;12:104-10.
6. สุชัย เจริญรัตนกุล. โรคหืด: แนวทางการรักษาในปัจจุบัน. ใน: สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์, สุชัย เจริญรัตนกุล, บรรณาธิการ. เวชบำบัดวิกฤต 2000 เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
7. โรงพยาบาลศูนย์ยะลา. สถิติผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2547-2549. ยะลา: แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา; 2550
8. ชายชาญ โพธิรัตน์. การดูแลรักษาหืดขั้นรุนแรง: อุรเวชช์ 2000. กรุงเทพมหานคร: ที.พี.พริ้นท์; 2543.
9. สรรพพงษ์ ฤทธิรักษา. การจัดการระบบการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัด

- ยะลา. วารสารวิชาการเขต 12 2548;16:79-91.
10. สุชาพร ทิพย์สินวล, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, เพลินพิศ ฐานินวัฒน์, และคณะ. การปฏิบัติด้านสุขภาพ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่นและอาการหอบรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืด. วารสารสภาการพยาบาล 2546;18: 59-72.
 11. Chandler T. Reducing re-admission for asthma: impact of a nurse-led service. Paediatr Nurs 2007;19:19-21.
 12. วันเพ็ญ พิษิตพรชัย, อุษาวดี อัครวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
 13. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ใน: กฤษดา แสงดี, บรรณาธิการ. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์; 2547.
 14. Lorig K. Self-management education: more than a nice extra. Med Care 2003;41:699-701.
 15. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patient with chronic illness. Am Fam Physician 2005;72:1503-10.
 16. Polit DF, Hungler BP. Nursing research principle and method. Philadelphia: Lippincott; 1999.
 17. จุก สุวรรณโณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ชนิษฐานาคะ. ประสบการณ์อาการหายใจลำบากการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2550;27:41-53.
 18. กฤติยา แดงสุวรรณ, นงนุช บุญยัง, อังศุมา อภิชาติ. สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551;26:227-38.
 19. ดวงใจ รัตนธัญญา. สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยรายวัน; 2545.
 20. Nield M. Dyspnea self-management in African Americans with chronic lung disease. Heart Lung 2000;29:50-55.
 21. บุศรา เอี้ยวสกุล. หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน: พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์, นवलจันทร์ รมณารักษ์, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์). พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์; 2545; หน้า 149-62.
 22. Truesdell S. Helping patients with COPD manage episodes of acute shortness of breath. Medsurg Nurs 2000;9:178-82.
 23. ไพรวลัย โคตรตะ, สุรีพร ธนศิลป์. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2548; 17:73-83.