

การพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S

ศิริมา มณีโรจน์ พย.ม.¹ จารึก ธานีรัตน์ พย.ม.²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, APN สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์¹

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5²

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาการประเมินปัญหาและแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S

วิธีการศึกษา : มีการดำเนินการ 4 ระยะคือ ระยะที่ 1: การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ระยะที่ 2: พัฒนาการประเมินและการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุตามแนวทาง S-P-I-C-E-S ระยะที่ 3: นำร่อง/ทดลองปฏิบัติ และระยะที่ 4: การปฏิบัติและประเมินผล กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย และผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 60 ราย ที่รับการรักษา ณ.หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.0 มีปัญหาในกลุ่มอาการสูงอายุ 1-3 อาการ และกลุ่มอาการที่พบมากที่สุดคือ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 63.3 โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการ ด้านผู้ป่วย และด้านทีมพยาบาล โดยผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่าพยาบาลสามารถประเมินกลุ่มอาการสูงอายุได้ครอบคลุม 6 ประเด็นของ S-P-I-C-E-S ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 84.4 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 100 ส่วนผลด้านความพึงพอใจของทีม พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีความสะดวก และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

สรุป : แนวทางของ S-P-I-C-E-S เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการจำ และการนำไปใช้ รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการสู่การปฏิบัติได้ จึงควรนำแนวทางดังกล่าวไปกำหนดเป็นมาตรฐานในการประเมินและดูแลกลุ่มอาการสูงอายุให้ครอบคลุมทั้งระบบต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพการดูแล, กลุ่มอาการสูงอายุ

Improving Care for Geriatric Syndrome Based on S-P-I-C-E-S Framework

Sirima Maneeroj MS.N.¹ Jaruk Taneerat MS.N.²

Professional Nurse, APN¹, Senior Professional Nurse²

Maharaj Nahkon Si Thammarat Hospital

Abstract

Objective : The Action research aims to development assessment tools and plan of care for geriatric syndrome base on S-P-I-C-E-S framework.

Material and Methods : There were 4 phases using for improving care: 1) Problem and situation analysis, 2) Development assessment tools and plan of care base on S-P-I-C-E-S framework , 3) Try out the model and 4) Applying and evaluating the model. Study subjects were 15 nurse and 60 elderly patients in medical ward (4-7) at Maharaj Nahkon Si Thammarat hospital between January 2016 to May 2016. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results : It was found; six syndromes are captured by S-P-I-C-E-S. Patients admitted presented with 1-3 syndrome (75.0%). The most common syndrome present an admission were evidence of fall (63.3%). The assessment and plan of care in geriatric syndrome for nursing practice improved the quality of care in three aspects including the process, patients and nurses. For the process, the participating nurses were able to increase assessment and to initiate care plan to cover 6 marker of S-P-I-C-E-S in 24 hours after admission (84.4 %). In the term of patient aspect, the assessment and plan of care in geriatric syndrome for medical nursing practice improved the quality of care had resulted increase in rate of prevention of fall (100.0%). Majority of the participation nurses reported that the assessment tools and plan of care were considerably appropriate and important key to improving quality of care.

Conclusions : the assessment tools and plan of care base on S-P-I-C-E-S concept was successfully, and easy to used, it is a realistic model for assessment geriatric syndrome in elderly. Moreover, it became a practical guideline for healthcare professional regarding they can give older patients a standard care cover the whole system in next phase.

Keywords : Quality of Care, Geriatric Syndrome

บทนำ

กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มอาการทางคลินิกที่ไม่สามารถจัดให้เข้ากลุ่มอยู่ในชนิดของโรค เป็นความคิดปกติที่เกิดจากการทำงานบกพร่องของอวัยวะหลายระบบ และพบในลักษณะที่จำเพาะร่วมของภาวะสุขภาพที่เกิดในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า หกล้มบ่อย นอนไม่หลับ ปัสสาวะกะปริบกะปรอย (incontinence) ภาวะเปราะบางหรือแก่หง่อม (frail elderly) เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด⁽¹⁾ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องการการดูแลหลายด้าน ซึ่งหากมีการประเมินหรือการวินิจฉัยทางคลินิกในแบบที่มุ่งเน้นความเฉพาะทางในระบบเดียวอาจไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมหรือไม่ได้ผล⁽²⁾ หรือการดูแลผู้ป่วยตามแบบที่ปฏิบัติกันทั่วไป ไม่สามารถทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽³⁾ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความเฉพาะเจาะจงไม่เพียงแต่ให้มีสุขภาพกลับคืนมาเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยยังต้องการให้ปัญหาการเจ็บป่วยที่มีอาการเรื้อรังนั้นไม่ทรุดโทรมหนักลงไปอีก

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีสถิติผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 38,604 40,667 และ 41,334 รายต่อปี ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีปัญหาทางอายุรกรรมมากที่สุดคือ ร้อยละ 49.85 , 50.22 และ 51.42 ตามลำดับ⁽⁴⁾ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 60.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค และมีปัญหาหลากหลายระบบ รวมทั้งมีอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ซึ่งเมื่อนำมาทบทวนการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการประเมินปัญหา ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มอาการสูงอายุ โรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการสูงอายุแตกต่างกัน

จึงทำให้ไม่เข้าใจเป้าหมายของการประเมินปัญหาในกลุ่มอาการสูงอายุ รวมทั้งหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุที่ชัดเจน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพดูแลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ทีมมีแนวทางการดูแลสูงอายุที่ครอบคลุมองค์รวม ปลอดภัย ต่อภาวะแทรกซ้อน

ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุของฟลูเมอร์⁽⁵⁾ ซึ่งมุ่งเน้นที่ปัญหาสำคัญ 6 ประเด็น โดยใช้สัญลักษณ์เป็นตัวอักษร S-P-I-C-E-S เพื่อช่วยให้ง่ายในการจำ ประกอบด้วย 1) Sleep disruption : การนอนหลับ 2) Problem of eating or feeding : ภาวะโภชนาการ 3) Incontinence : การควบคุมการขับถ่าย 4) Confusion: ภาวะสับสน 5) Evidence of fall : ภาวะการพลัดตกหกล้ม และ 6) Skin impairment : ภาวะไม่สมบูรณ์ของผิวหนัง จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีการระดมการร่วมทั้งมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลในการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในหน่วยงาน เพื่อให้เข้าใจความหมายวัตถุประสงค์ และแนวทางของการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นกระบวนการขั้นแรกและเป็นมาตรการสำคัญในการค้นหาปัญหา เพื่อนำสู่การวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมหรือสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนการรักษาในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁶⁾ ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและรวดเร็ว ทำให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลที่ตรงกับปัญหา ซึ่งจะส่งต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์รวม⁽⁷⁾ รวมทั้งช่วยลดอัตราเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ลดระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล และมีการสร้างเสริมสมรรถภาพร่างกายและสมองให้ดีขึ้น⁽⁸⁾

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจในการนำแนวทาง S-P-I-C-E-S มาใช้ในการประเมินและดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

เพื่อให้ทีมมีกรอบแนวคิดที่เป็นทิศทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบคลุม และนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ทีมผู้ดูแลและองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อพัฒนาการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S
2. เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านความพึงพอใจของทีมพยาบาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ 4 ระยะคือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวทางการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ 3) การนำร่อง/ทดลองปฏิบัติ และ 4) การปฏิบัติและประเมินผล รวมทั้งนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษา ณ. หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งมีการคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้คือเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลเกิน 3 วัน และผู้ป่วยหรือญาติให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ.หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน อายุระหว่าง 40 -55 ปี อายุเฉลี่ย 49 ปี

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 16-30 ปี โดยมีการปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าเวร สมาชิกทีม และปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา โรคประจำตัว สาเหตุหลักที่เข้ารับการรักษา และ 2) แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ ตามแนวทาง S-P-I-C-E-S ซึ่งพัฒนาขึ้น ในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) การประเมินการนอนหลับ 2) การประเมินภาวะโภชนาการ 3) การประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ 4) การประเมินภาวะสับสน 5) การประเมินการพลัดตกหกล้ม และ 6) การประเมินแผลกดทับ

2.2 แผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ตามแนวทางของ S-P-I-C-E-S

2.3 แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การได้รับการดูแลเรื่องการนอนหลับ/ยานอนหลับ 2) การได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ 3) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสน 4) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม 5) การประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ และ 6) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพยาบาล ต่อแนวทางการประเมินและแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำแนวทางของ S-P-I-C-E-S มาใช้ในการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีส่วนร่วมในการ

พัฒนา ตลอดจนปรับเปลี่ยนประเมินให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานและสอดคล้องกับบริบท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ โดยใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาระยะเวลาหนึ่ง ปัญหาผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับทีมพยาบาล พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุคือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าทีมพยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุแบบลักษณะทั่วไป หรือขาดความเฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นการดูแลโรคเรื้อรัง การประเมินปัญหายังไม่ครอบคลุมประเด็นกลุ่มอาการสูงอายุ ไม่มีแนวทางการดูแลหรือแผนการดูแลที่ชัดเจน และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่มีทิศทางเดียวกัน 2) ด้านพยาบาลพบว่า ทีมพยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ และมีอุปนิสัยที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ และ 3) ด้านผู้ป่วย พบว่าสูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบในเวลาเดียวกันและเกี่ยวพันกัน โดยเฉพาะปัญหากลุ่มอาการสูงอายุซึ่งยากต่อการวินิจฉัย ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแล มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพิงในที่สุด เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งปัจจัยด้านการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาลนั้นทีมสามารถพัฒนาแนวทางหรือวิธีการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงร่วมกับทีมพยาบาลหาข้อสรุปในการแก้ไขปัญหา ซึ่งข้อสรุปคือการใช้แนวทางของ S-P-I-C-E-S ในการประเมินและวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

2. การพัฒนาแนวทางการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสะท้อนปัญหาหารือกัน จัดประชุมร่วมกับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน และนำเสนอแนวทางของ S-P-I-C-E-S เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการประเมินปัญหาอาการสูงอายุ S-P-I-C-E-S เป็นคำย่อเพื่อช่วยในการจำ ซึ่งมุ่งที่

ปัญหา 6 ประเด็น คือ S : Sleep disruption P : Problem of eat or feeding I : Incontinence C : confusion E : Evidence of fall และ S : Skin impairment ซึ่งแนวทางการประเมินดังกล่าว ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน

3. การนำร่อง/ทดลองปฏิบัติ โดยนำร่างแบบประเมินและแผนการดูแลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ.หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 จำนวน 30 ราย และสะท้อนการปฏิบัติจากทีมทั้งด้านบวกและด้านลบ พบว่า พยาบาลยังไม่คุ้นชินกับแบบประเมินและแผนการดูแลแบบใหม่ ภาษาสื่อสารไม่ตรงกัน แบบประเมินเกี่ยวกับภาวะสับสนมีความยุ่งยากซับซ้อน และแบบประเมินยังไม่ครอบคลุมปัญหาด้านจิตสังคม ขาดแรงจูงใจในการใช้แบบประเมินอย่างต่อเนื่อง จึงได้ปรับปรุงแบบประเมินภาวะสับสนให้สั้น กระชับ ชัดเจนและเข้าใจง่าย และเพิ่มเติมการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาด้านจิตสังคมมากขึ้นและเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานสามารถนำไปใช้จริง รวมทั้งจัดประชุมซ้ำอีกครั้งเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้แบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุที่พัฒนาขึ้น

4. การปฏิบัติและประเมินผล โดยนำแบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2559 โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้คือ ผู้ป่วยที่รับใหม่/รับย้าย พยาบาลวิชาชีพต้องประเมินและบันทึกปัญหาอาการสูงอายุทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ต้องปฏิบัติตามแผนการดูแลทุกราย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลแก่ญาติ/ผู้ดูแล มีการประเมินซ้ำและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตาม ข้อบ่งชี้ที่กำหนดหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งเขียนบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) และจะประเมินซ้ำอีกครั้งในวันที่จำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการปฏิบัติในการประเมินปัญหาและการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่สร้างขึ้น จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและประเมินความพึงพอใจของทีมพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์หลังการนำแนวทางไปใช้จริงในหน่วยงานโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 53.3) เพศหญิง จำนวน

28 ราย (ร้อยละ 46.7) มีอายุระหว่าง 60-95 ปี อายุเฉลี่ย 71.1 ปี โรคหลักที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 31.7) รองลงมา หัวใจล้มเหลว จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 16.7) โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 13.3) และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 11.7) โรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 8.3)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ เสียงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคือ รับประทานอาหารได้น้อย จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 46.6) และนอนไม่หลับ จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 43.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ

S-P-I-C-E-S	ประเด็นการประเมิน/แบบประเมิน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Sleep disruption	นอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ มีอาการง่วง อ่อนเพลียตอนกลางวัน	26	43.3
Problem of eating or feeding	BMI <19 น้ำหนักลดลง การเคี้ยว/การกลืนผิดปกติ รับประทานอาหารน้อยลงมาก เสียงต่อการสำลัก หรือretained NG for feeding /Mini Nutritional Assessment	28	46.6
Incontinence	การปัสสาวะกะปริดกะปรอย ควบคุมไม่ได้/กลั้นไม่ได้ติดเชือกทางเดินปัสสาวะ หรือต่อมลูกหมากโต	16	26.6
Confusion	ความเสียงต่อภาวะสับสน: Confusion Assessment Method (CAM)	6	10.0
Evidence of fall	ความเสียงต่อการพลัดตกหกล้ม: Morse Fall Risk Scale	38	63.3
Skin impairment	ความเสียงต่อการเกิดแผลกดทับ : Braden risk score	16	26.6

โดยผู้ป่วยร้อยละ 75 หรือประมาณ 3 ใน 4 มีอาการแสดงอย่างน้อย 1-3 กลุ่มอาการ ซึ่งแต่ละรายมีจำนวนกลุ่มอาการมากที่สุดคือ 3 กลุ่มอาการ จำนวน 28 ราย

(ร้อยละ 46.6) รองลงมาคือ มี 1 กลุ่มอาการ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 16.0) และ 2 กลุ่มอาการ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มอาการสูงอายุ ขณะรับไว้โรงพยาบาล จำแนกตามแนวทาง S-P-I-C-E-S

จำนวนกลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ
1 syndrome	10	16.0
2 syndrome	7	11.6
3 syndrome	28	46.6
4 syndrome	6	10.0
5 syndrome	5	8.3
6 syndrome	4	6.7

2. คุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถประเมินปัญหาได้ครอบคลุม 6 ประเด็นของ S-P-I-C-E-S ภายใน 24 ชม. ร้อยละ 84.8 ซึ่งด้านที่ผ่าน

เกณฑ์ ร้อยละ 100 คือการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แต่ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มี 2 ด้านคือ การควบคุมปัสสาวะไม่ได้ และภาวะสับสน ดังแสดงในตารางที่ 3

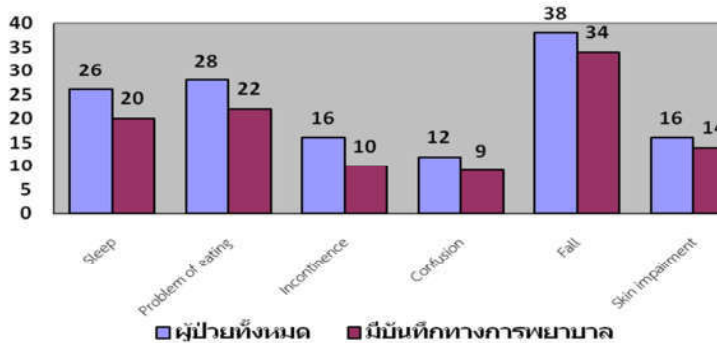
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการประเมินและการดูแลตามแนวทาง S-P-I-C-E-S

กลุ่มอาการ	จำนวน	ได้รับการดูแล	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ >80%
sleep disruption	26	24	92.3	ผ่าน
Problem of eating	24	22	91.6	ผ่าน
Incontinence	16	10	62.5	ไม่ผ่าน
Confusion	12	9	75.0	ไม่ผ่าน
Evidence of fall	38	38	100	ผ่าน
Skin impairment	16	14	87.5	ผ่าน

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีการนำข้อมูลจากการประเมินและนำแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยและเขียนบันทึก

ทางการพยาบาล (nurse note) ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



2.2. ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วย เพิ่มไข่ขาว ใส่น้ำมันพืช เพื่อให้อาหารผสม หรือเสริมอาหารปั่นผสมชนิดรับประทาน ร้อยละ 91.6 และได้รับการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนในช่วงเวลา 24.00-05.00 น. เพิ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบในช่วงเวลากลางวัน แนะนำการจับหลังในช่วงเวลากลางวันไม่เกิน 1 ชั่วโมง แนะนำการ

ดื่มชา กาแฟ รวมทั้งได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 92.3

2.3. ด้านความพึงพอใจของทีมพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมีความคิดเห็นต่อแบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นว่ามีความเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติและมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้ สามารถประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลได้ครอบคลุม และตรงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำรูปแบบไปใช้ (N=15)

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.แบบประเมินสะดวก ชัดเจน ใช้งานง่าย	15	100.0	-	-	-	-
2.แบบประเมินทำให้วางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว	14	93.3	1	6.7	-	-
3.แบบประเมินทำให้แบ่งระดับความเสี่ยงได้มีประสิทธิภาพ	15	100.0	-	-	-	-
4.แบบประเมินทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย	13	86.6	2	13.4	-	-
5.แผนการดูแลทำให้ตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	15	100.0	-	-	-	-
6.แผนการดูแลทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม	15	100.0	-	-	-	-
7.แบบประเมินและแผนการดูแลได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย	13	86.6	2	13.4	-	-

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลทั้งด้านกระบวนการและผลของการนำแนวทางของ S-P-I-C-E-S ไปใช้ โดยเฉพาะกระบวนการพัฒนามีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และปรับเปลี่ยนให้ตรงประเด็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย มุ่งเน้นการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง โดยการวิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัด โอกาสพัฒนา และความต้องการของพยาบาล ในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย โดยมีข้อตกลงร่วมกันให้มีการพัฒนาแบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นมาตรฐานร่วมกัน การเฝ้าระวัง และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันธิดา พันธุศาสตร์และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกันการพลัดตกหกล้ม “I'M SAFE” พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงทุกราย และอัตราการพลัดตกหกล้มลดลง เนื่องจากมีกระบวนการกำกับและนิเทศให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม ทำให้พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจเห็นความสำคัญ รู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและมีข้อผูกพันในการปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้มีความสะดวกในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ผลการพัฒนาสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านความพึงพอใจของทีมพยาบาล โดยด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถประเมินปัญหาได้ครอบคลุมในทุกมิติ ของ S-P-I-C-E-S ช่วยให้ผู้พยาบาลสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุและมีความเสี่ยงในระดับใด ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ง่ายต่อการจำ เพื่อให้มีความตื่นตัวหรือไวต่อประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยให้ทีมพยาบาล ซึ่งมีผู้ช่วยพยาบาล (PN) และ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (nurse aid) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่งผลให้ทีมพยาบาลสามารถวางแผนการดูแลได้ครอบคลุมและตรงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย

รวมทั้งมีแผนการดูแลที่ชัดเจน และแนวทางการตรวจเยี่ยมเป็นทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อโรโนวและคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า รูปแบบ S-P-I-C-E-S เป็นกรอบการประเมินที่สามารถใช้ทบทวนปัญหาในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลการประเมินปัญหาเป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้รู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยการพยาบาล และ นำสู่การดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ ซึ่งจากการนำไปใช้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลในด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วย เพิ่มไขขาว ใส่น้ำตาลเพื่อให้อาหารผสม (retain NG tube for feeding) หรือเสริมอาหารปั่นผสมชนิดรับประทาน ร้อยละ 91.6 และส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนในช่วงเวลา 24.00-05.00น. เพิ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบในช่วงเวลากลางวัน แนะนำการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันไม่เกิน 1 ชั่วโมง แนะนำการดื่มชา กาแฟ รวมทั้งได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกลุ่มอาการที่พบบ่อย สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาก่อนกลุ่มอาการสูงอายุอย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น การประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือได้รับการดูแลตามประเด็นสำคัญที่รวดเร็ว จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามยังมีอีก 2 ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 80) คือการกลืนบัสสาวะไม่ได้ และการจัดการภาวะสับสน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่กล้าเปิดเผยต่อบุคลากร คิดว่าเป็นผลเนื่องจากความซื่อสัตย์ที่กลัวจะไร้อิทธิพล บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ และมักไม่ให้ความสนใจปัญหาหรือมักถูกละเลย ทั้งนี้อาจเนื่องจากมี

ปัญหาทางการแพทย์อื่นที่เร่รังความากกว่า บางคนมีความคิดว่าถามไปก็แก้ได้ยาก เพียงให้ผู้ป่วยได้ใช้แผ่นผ้าอ้อมก็เพียงพอแล้ว⁽³⁾ จึงควรพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรในการประเมินปัญหาและดูแลสูงอายุที่มีภาวะดังกล่าว โดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแลปัญหาด้านกลุ่มอาการสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรมีความไวต่อประเด็นปัญหา และสามารถลดปัญหาด้วยการพัฒนาคุณภาพการดูแลผ่านกิจกรรมและการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มเติมการประเมินปัญหาและแผนการดูแลด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น
2. ควรมีการกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และมีข้อตกลงร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ชัดเจน
3. ควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ รวมทั้งการสื่อสารกับญาติผู้ดูแล เพื่อให้การประเมินภาวะสุขภาพเกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Frances F, Jardil M, & Roman J. Geriatric assessment in elderly heart failure patient. The Journal of Gerontology. 2006; 61:634.
2. Inouye SK, Studenski S, Tinetti M.E, & Kuchel G.A. Geriatric syndromes : clinical, research, and policy implications of a care geriatric concept. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55,780-791.
3. ประเสริฐ อุตสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ยูเนียน คิริเอชั่น : 2554.
4. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สถิติผู้มารับบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.จังหวัดนครศรีธรรมราช. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.2558
5. Fulmer T. How to try this Fulmer SPICES. A framework of six marker condition can help focus assessment of hospitalized older patients. American Journal of Nursing, 2007;107(10),40-48.\
6. จิตติมา บุญเกิด. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมกับทิศทางการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน Comprehensive geriatric assessment (CGA) : how to change the system of primary care. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552 : 1: 32-6.
7. Ellis & Langhorne, P.Comprehensive geriatric assessment for older hospital patient. British. Medical Bulletin. 2005;71(1),45-59.
8. Fulmer T. The geriatric nurse specialist role : a new model. Nurse Manager.1991;22 (3),91-93.
9. นันธิดา พันธุศาสตร์, สุรีพร กุมภคาม, วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ และ กนกกานต์ วงศ์แสนสี ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกันการพลัดตกหกล้ม “I’M SAFE”วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.2556;31(2),111-122.

10. Aronow H.U, Borenstein.J, Haus.F, Braunstein G.D, & Bolton. L.B. Validating SPICES as a Screening Tool for Frailty Risks among Hospitalized Older Adults. Nursing Research and Practices.2014 Available from : [http://www. Hindawi.com](http://www.Hindawi.com).
11. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2553.
12. ประคอง อินทรสมบัติ และ ศิริมา ลีละวงศ์. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประชุมวิชาการกรมการแพทย์เฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา: วันที่ 5 ธันวาคม 2550 นนทบุรี อาคารคอนเวนชันเซ็นเตอร์ อิมพีคเมืองทองธานี.
13. Mitty E, Latrogenesis. frailty and geriatric syndromes. Geriatric Nursing. 2010; 31(5),366-374.
14. Thornlow D.K. Increased risk for patient safety incidence in hospitalized older adults. MEDSURG Nursing. 2009;18(5): 287-291.