

Development of the Continuous Care Guidelines for the Home - Bound and Bed - Bound Elders Living in the Vicinity of Family Practice Center, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital.

Abstract

*Suparat Sumangsri, RN.**

This research aims to improve the suitability and effectiveness of the job of continuous home care for the patients of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, by using the existing resources. Moreover, this research is an Experimental Development Research, Control Group Post-test Design. The Experimental group are 30 home-bound and bed-bound elder patients who were admitted at and discharged from Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital during 2013 October 1 - November 30. The control group consists of 30 home-bound and bed-bound elder patients who were admitted at and discharged from In-Patient Ward, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital during 2013 August 1 - September 30. The research instruments applied include the development of 'Friends for Friends' Volunteer Group, World Health Organization's Assessment Form on Life Quality (WHOQOL-BREF), Record on Activities Practiced, and Patient Discharge Form. By the result of the research, it is found out that, after applying the new model for continuous home care, the performance of patient care is better than applying the former model, in the aspect of model's suitability, the coverage of continuous home care for patients, and the scores on assessing life quality because the team accepts the results of the assessment on job supervision, and is ready to improve the quality of the job, according to the Community Medical Unit and Nursing Professional Standards.

Keyword : Home Health Care, Continuous Care Guidelines for the Home - Bound and Bed - Bound Elders

**Family Practice Center, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

*สุภารัตน์ สำอางค์ศรี, พย.บ.**

การศึกษารุ่นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ต่อเนื่องที่บ้าน

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ เป็นวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental development research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Control Group Post-test Design) กลุ่มทดลองได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่ป่วยและจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2556 จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2556 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) แบบบันทึกกิจกรรม และแบบจำหน่ายผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อนำรูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านรูปแบบใหม่ไปดำเนินการแล้วพบว่า ผลการดำเนินงานดีขึ้นกว่ารูปแบบเดิม ทั้งในด้านความเหมาะสมของรูปแบบ ผลด้านความครอบคลุมการได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และผลคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต เนื่องจากทีมงานยอมรับในผลการตรวจประเมิน นิเทศงาน และมีความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

*ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ที่จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในปี 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากร ในปี 2554 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมี 7.2 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 11 และภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4 คือ เพิ่มขึ้นถึง 17.7 ล้านคน ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรวัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรัง ควบคู่กับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การพึ่งพา และความต้องการช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾ การดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพควรมีการวางแผนตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล⁽³⁾ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมทั้งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และของชุมชน การเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเอง และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเขาเองอย่างอิสระสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพท้องถิ่นชุมชนนั้น⁽⁴⁾ ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการด้านบริการพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ⁽⁵⁾ ในขณะที่ปัจจุบันระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอระบบบริการสาธารณสุขเดิมมีลักษณะออกแบบเพื่อดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัดและมีความพยายามในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น⁽⁶⁾

จากประเด็นดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยา โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุน

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชน เขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างการดูแลในรูปแบบเดิมและการดูแลแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น

รูปแบบของการวิจัย (Research Design)

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental development research) แบบ 2 กลุ่ม

วัดผลหลังการทดลอง (Control Group Post-test Design) ด้วยการพัฒนารูปแบบใหม่ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2. กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยและได้รับการเตรียมจำหน่ายจากงานหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาตั้งแต่ 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2556 และได้รับการประเมินว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ตามคำนิยามของกรมอนามัย ซึ่งประเมินจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) และอาศัยในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว 6 ชุมชน โดยคัดเลือกมาตามความสมัครใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 30 คน

2.2 กลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2556 ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงและอาศัยในชุมชนเดียวกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้ให้ถือว่าการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยญาติ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งเป็นประชากรในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา แทนคำตอบของผู้สูงอายุรายนั้นๆ

ขอบเขตของการวิจัย (Scope)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และพักอาศัยในชุมชนเขตรับผิดชอบของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2556 ช่วงเวลาทดลอง 2 เดือน คือระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2556 - 31 มกราคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments) มีทั้งหมด 3 ชิ้น คือ

1. อาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อทำหน้าที่เป็นอาสาสมัคร ในการติดตามดูแล และเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยรับสมัครจากชุมชน 6 แห่ง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ อายุระหว่าง 50 - 70 ปี, อ่านออก เขียนได้, มนุษย์สัมพันธ์ดี, มีความอดทน และเสียสละ, มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง หรือญาติ ที่ป่วยเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 2 วัน วันแรก มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ โรคที่บ่อยของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ การทำสมุนไพรประจำบ้าน การผ่อนคลายอย่างลึก การสื่อสารกับผู้สูงอายุ ภาวะพยาบาลในผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ วันที่ 2 ฝึกปฏิบัติ เรื่อง การวัดสัญญาณชีพ การเช็ดตัวลดไข้ การนวดกดจุด 25 จุดคลายเครียด การดูแลผู้สูงอายุที่มีการวิงเวียนศีรษะใช้หวัด การปฐมพยาบาล

อย่างง่าย การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ บทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานกิจกรรมทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเกิดความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มอาสาสมัคร เกิดความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 70 หลังอบรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 88 มีความมั่นใจในการไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง

2. แบบบันทึกเพื่อประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

3. แบบเตรียมจำหน่าย และแบบตอบกลับ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับบริการเยี่ยมบ้าน

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ซึ่งสำนักงานพยาบาลใช้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 อาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ได้ผ่านการอบรมตลอดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องรวบรวมจากประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

5.2 เครื่องมือรายการที่ 2 และ 3 ผ่านการปรับปรุงจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากงานหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ งานรักษาพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์แพทย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

6. การผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติเมื่อวันที่ 24 กันยายน 2556

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลเอง เป็นส่วนใหญ่วางร่วมกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้แก่อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย

2. วิธีการเก็บข้อมูล

2.1 ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.2 เยี่ยมบ้านและขอความร่วมมือผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในการตอบแบบประเมิน หรือในกรณีไม่สามารถอ่านเขียนได้ ให้ใช้วิธีสัมภาษณ์

2.3 ทำการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)

2.4 ตรวจสอบแบบวัดที่ได้รับคืนและแจ้งนับคะแนนของแบบวัดแต่ละฉบับ

2.5 นับจำนวนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ในแต่ละองค์ประกอบเพื่อการวิเคราะห์รายด้าน

8. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมดแล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถาม คำตอบทุกข้อ แล้วดำเนินการจัดทำคู่มือลงรหัส บันทึกข้อมูลในโปรแกรม SPSS/FW แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, สถิติอนุมาณ ได้แก่ χ^2 และ t-test

9. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

1. ระยะการเตรียมความพร้อมและคัดเลือกกลุ่มทดลองระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2556

2. ระยะดำเนินการทดลองใช้รูปแบบใหม่ใช้เวลา 2 เดือนตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2556 - 31 มกราคม 2557

ผลการวิจัย

ในการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาผู้วิจัยสรุปผลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานระหว่างรูปแบบงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

รูปแบบเดิมกับรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้เครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน”

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

การพัฒนารูปแบบงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน ได้ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างรูปแบบเบื้องต้นหรือรูปแบบที่ 1
2. การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานหรือรูปแบบที่ 2
3. การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานขั้นสุดท้าย
4. การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่

1. การสร้างรูปแบบเบื้องต้นหรือรูปแบบที่ 1
 - 1.1 การวิเคราะห์สภาวะการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาวะการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ผ่านมาจากการทบทวนงานประจำงานนี้ที่ปฏิบัติอยู่เดิม ทั้งจากเอกสาร การสังเกตการปฏิบัติงานจริง และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าคุณภาพงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ยังไม่ดีเท่าที่ควร ในด้านของความครบถ้วนครอบคลุมการ

ได้รับการบริการ และการได้รับการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเป็นการดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเป้าหมายในการป้องกันความรุนแรงหรืออันตรายตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วย การป้องกันความพิการ และการดูแลระดับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต ทีมงานต้องมีความเข้าใจในงานองค์รวมผสมผสาน ต้องได้รับความรู้ และการฝึกฝนทักษะตลอดจนการประเมิน การให้บริการในระดับเบื้องต้นเป็นอย่างน้อยเสียก่อน จึงจะสามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสมผู้บริหารระดับสูงมีนโยบายที่จะพัฒนางานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกทั้งผู้รับบริการมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่สามารถจะไปบริการให้ผู้ป่วยเป็นประจำทุกวันได้ หากแต่เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้ป่วย และหรือผู้ดูแล ตลอดจนครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้รวมทั้งการจัดหาและการบริหารวัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็น เพื่อให้สามารถใช้งานได้เพียงพอและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นก็ตาม

- 1.2 การสร้างรูปแบบเบื้องต้นหรือรูปแบบที่ 1

ผู้วิจัยได้นำหลักวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การสร้างเสริมพลังอำนาจ การสร้างเครือข่าย อาสาสมัคร และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน หลักการบริหาร หลักวิชาการอื่นที่เกี่ยวข้อง กฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นรูปแบบพัฒนางานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยจัดตั้ง อาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และพัฒนารูปแบบร่วมกัน

ประกอบด้วยการเน้นบ้านผู้ป่วยเป็นที่ให้บริการ การจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้กับ ทีมที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางปฏิบัติในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของทีมงาน

2. การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานหรือรูปแบบที่ 2

การเตรียมบ้านที่ดูแลผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อม ที่สะอาด สะดวก ปลอดภัย สูงสุดเท่าที่จะสามารถทำได้

การเพิ่มทีมงานภาคประชาชน ซึ่งได้แก่ เครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมในการสำรองเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น สำลี แอลกอฮอล์ ผ้าก๊อซพลาสเตอร์ เบทาดีน เครื่องวัดความดันโลหิต เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ แพ้มนามัยครอบคร้ว หรือ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

มีการปรับเปลี่ยนแบบบันทึก และวิธีการ บันทึกให้เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานของ

เครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3. การปรับปรุงรูปแบบดำเนินการขั้นสุดท้าย

หลังการทดลองใช้รูปแบบมาเป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยได้ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการดำเนินงาน ตั้งแต่ต้นมาปรับปรุงรูปแบบ เช่น กำหนดผังการไหลเวียนของงานติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านจัดทำทะเบียนให้สะดวกในการค้นหาเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่ต่อเนื่อง

4. การเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินการระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่

ประเด็นที่ศึกษาเปรียบเทียบ ได้แก่ พื้นที่ เป้าหมาย, กลุ่มเป้าหมาย, บุคลากร, และค่าใช้จ่าย และกระบวนการดำเนินงาน พบว่าพื้นที่เป้าหมาย และกลุ่มเป้าหมาย ของรูปแบบเดิม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ไม่แตกต่างกันคือ อยู่ใน 6 ชุมชน ในศูนย์เวชปฏิบัติครอบคร้ว จำนวน 60 ราย ดังรายละเอียด ในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบ พื้นที่เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่าย และกระบวนการดำเนินงาน ระหว่างรูปแบบเดิม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประเด็นที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น	ผลการเปรียบเทียบ
1. พื้นที่เป้าหมาย	6 ชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบคร้ว	6 ชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบคร้ว	ไม่แตกต่างกัน
2. จำนวนกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 30 ราย	ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 30 ราย	ไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ให้บริการ	บุคลากรสาธารณสุขในศูนย์เวชปฏิบัติครอบคร้ว 6 คน	1. บุคลากรสาธารณสุขในศูนย์เวชปฏิบัติครอบคร้ว 6 คน 2. อาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” 30 คน	สัดส่วนผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการลดลง จาก $60 : 6 = 10$ มาเป็น $60 : 36 = 1.67$

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบ พื้นที่เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่าย และกระบวนการดำเนินงาน ระหว่างรูปแบบเดิม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (ต่อ)

ประเด็นที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น	ผลการเปรียบเทียบ
4. ค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของภาครัฐ 1. ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับยานพาหนะจากศูนย์เวชปฏิบัติไปยังบ้านผู้ป่วย	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของภาครัฐ 1. ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับยานพาหนะจากศูนย์เวชปฏิบัติครบถ้วนไปยังบ้านผู้ป่วย 2. ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับยานพาหนะ 20 ใน 30 แห่งเนื่องจากเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยจึงประหยัดค่าน้ำมันเชื้อเพลิงลงได้	- ค่าใช้จ่ายภาครัฐลดลง เนื่องจากเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาอยู่ในชุมชนใกล้ชิดผู้ป่วย มีค่าใช้จ่ายน้ำมันเชื้อเพลิงน้อยกว่า
5. กระบวนการดำเนินงาน	เพื่อความครอบคลุมการให้บริการเจ้าหน้าที่ของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ต้องออกเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนทุกราย	1. สามารถพัฒนาความครอบคลุมการให้บริการ โดยพยาบาลวิชาชีพจากศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อน 2. เครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้ติดตามดูแล ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้	- มีเวลาทำงานอื่นๆ มากขึ้น - กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลโดยเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาเกิดการยอมรับการบริการจากเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานระหว่างรูปแบบงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงรูปแบบเดิมกับรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้เครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผลด้านปริมาณงาน หมายถึง ผลด้านความครอบคลุมการได้รับการบริการ

2. ผลด้านคุณภาพงาน หมายถึง ผลคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต

1. ความครอบคลุมการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 68.33 และร้อยละ 31.66 ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครในการติดตามดูแล ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครอบคลุมกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 83.33 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบความครอบคลุมการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัคร

จิตอาสา พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาในการดำเนินการ มีอัตราความครอบคลุม

การได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดีกว่า การดำเนินการโดยใช้รูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความครอบคลุมการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบเดิม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

ความครอบคลุมการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย	กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม		กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ได้รับการบริการ	16	53.33	25	83.33	0.02*
ไม่ได้รับการบริการ	14	46.67	5	16.67	
รวม	30	100.00	30	100.00	

*Peaeson's chi square

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

การศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดำเนินการทั้งหมด

มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา พบว่าอยู่ในระดับดีร้อยละ 73.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 26.67 ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำแนกตามระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย หลังใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบเดิม และรูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

ระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม		กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (27 - 35 คะแนน)	0	0.00	22	73.33
คุณภาพชีวิตปานกลาง (17 - 26 คะแนน)	30	100.00	8	26.67
คุณภาพชีวิตไม่ดี (7 - 16 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
รวม	30	100.00	30	100.00

2.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

การศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดำเนินการทั้งหมด มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 83.33 และระดับปานกลางร้อยละ 16.67 ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำแนกตามระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ หลังใช้รูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบเดิม และรูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

ระดับคะแนนประเมิน คุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ	กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม		กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่าย อาสาสมัครจิตอาสา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (28 - 30 คะแนน)	0	0.00	25	83.33
คุณภาพชีวิตปานกลาง (15 - 22 คะแนน)	30	100.00	5	16.67
คุณภาพชีวิตไม่ดี (6 - 14 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
รวม	30	100.00	30	100.00

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

การศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงครั้งนี้พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดำเนินการ มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปาน

กลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 ระดับดีร้อยละ 13.33 ในขณะที่กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัคร พบว่า มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.33 ระดับปานกลางร้อยละ 6.67 ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำแนกตามระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หลังใช้รูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบเดิม และรูปแบบเครือข่ายอาสาสมัคร

ระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม		กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่าย อาสาสมัครจิตอาสา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (12 - 15 คะแนน)	4	13.33	28	93.33
คุณภาพชีวิตปานกลาง (6 - 11 คะแนน)	26	86.67	2	6.67
คุณภาพชีวิตไม่ดี (3 - 7 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
รวม	30	100.00	30	100.00

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงครั้งนี้ พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดำเนินการทั้งหมด มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา พบว่าอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 90.00 ระดับปานกลางร้อยละ 10.00 ดังรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำแนกตามระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม หลังใช้รูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบเดิม และรูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

ระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม	กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม		กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่าย อาสาสมัครจิตอาสา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (30 - 40 คะแนน)	0	0.00	27	90.00
คุณภาพชีวิตปานกลาง (19 - 29 คะแนน)	30	100.00	3	10.00
คุณภาพชีวิตไม่ดี (8 - 18 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
รวม	30	100.00	30	100.00

2.5 คุณภาพชีวิตโดยรวม

การศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ครั้งนี้พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดำเนินการทั้งหมด มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.67 ระดับปานกลางร้อยละ 23.33 ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ในระดับไม่ดี ดังรายละเอียดในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำแนกตามระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังใช้รูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบเดิม และรูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

ระดับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต ด้านโดยรวม	กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม		กลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่าย อาสาสมัครจิตอาสา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)	0	0.00	23	76.67
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	30	100.00	7	23.33
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
รวม	30	100.00	30	100.00

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงกลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเดิม และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ประเมินคุณภาพชีวิตหลังดำเนินการของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงกลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเดิม และ กลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาพบว่า

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเดิม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเดิม มีค่าเฉลี่ยคะแนน

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเดิม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทั้งที่ใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา และใช้รูปแบบเดิม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับดีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้รูปแบบเดิม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแยกตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเดิม และกลุ่มที่ดำเนินการ โดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา

กลุ่ม	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม		กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสา	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	25.73	1.26	27.27	2.39
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	17.20	1.63	26.10	1.32
3. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.57	1.13	15.10	0.56
4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	26.20	1.24	28.60	1.90
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	77.70	4.33	97.07	4.10

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตหลังดำเนินการของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงกลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเดิม และกลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครดีกว่ากลุ่มที่ดำเนินการโดยใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ไม่แตกต่างกัน ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

วิจารณ์

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการแล้วพบว่า ผลการดำเนินงานดีขึ้นกว่ารูปแบบเดิมทั้งในด้านความเหมาะสมของรูปแบบ ผลด้านความครอบคลุมการได้รับการ สอดคล้องกับแนวคิดของธงชัย สันติวงษ์⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารของพนักงานทำได้หลายวิธี เพื่อการวิเคราะห์และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน การจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อให้บริการไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรที่สอดคล้องกับลักษณะงานของการให้บริการ มีสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน มีระบบงานที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และพัฒนาคุณภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของสมชาติ ไตรักษา⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า ระบบงานประกอบด้วย 4 ระบบ แต่ในที่นี้ผู้วิจัยขอมุ่งเน้นที่ระบบงานบริการ ซึ่งเป็นระบบที่สัมผัสกับผู้รับบริการโดยตรง และยึดหลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและได้นำมาตรฐานการ

พยาบาลในชุมชน เพื่อกำหนดทิศทางการจัดบริการพยาบาลของหน่วยงาน ทำให้โครงสร้างด้านบุคลากรของรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความชัดเจนและเหมาะสมมากขึ้นโดยที่จำนวน ประเภท และทีมงานในงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านสามารถลดการใช้แรงงานที่ไม่จำเป็น สอดคล้องกับผลงานวิจัยของพงษ์พันธ์ ยิ่งรัมย์⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา สถานีอนามัยหนองกระโก ตำบลแคนดง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังการทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยให้ อสม. เข้ามาฝึกอบรมและมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านครัวเรือนทั่วไป นำหลักวิชาการจากการศึกษาค้นคว้า การรับฟังผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้ให้เทศ/ประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผสมผสานกับความเข้าใจต่อสภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน มาประยุกต์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องการพัฒนาแบบการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ส่งผลให้อัตราการเยี่ยมบ้านครอบครัวทั่วไปเพิ่มขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้มากขึ้นวางแผนกำหนดการทำงานได้ง่ายขึ้น ส่งเสริมให้อสม. ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแล และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ในชุมชนที่รับผิดชอบมากขึ้น เกิดการยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในชุมชนรวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชน

สรุป

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงครั้งนี้ พบว่า การเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมจากชุมชน ตามรูปแบบอาสาสมัครจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ส่งผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพความครอบคลุมการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลที่ดีขึ้นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้เครือข่ายอาสาสมัครให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะขั้นตอนการนำไปปฏิบัติจริง

2. ควรนำผลการสร้างรูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้ในงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้รูปแบบเครือข่ายอาสาสมัครที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนางานด้านอื่นๆ ของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถวรรณ์ คูหา, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน กรุงเทพมหานคร:สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข;2552.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ:โกลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด;2542.
3. อัมพรพรรณ ธีรานูตร. แนวคิดและหลักการของการดูแลต่อเนื่อง. เอกสารประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว;25 - 27 มีนาคม 2552;ณ โรงแรมเจริญธานีขอนแก่น; 2552.หน้า 1 - 21.
4. วสุรัตน์วัฒนกุล. สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ:คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา;2547.
5. ทศนา ชูวรรณนปกรณ. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ). การดูแลผู้สูงอายุคุณภาพที่คาดหวัง. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2546. 12 - 15 มีนาคม 2546;ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;กรุงเทพฯ;จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ;2546.
6. ประคองอินทรมสมบัติ. 1 - 2 - 3 ในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพญวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2546; 35-37.
7. ธงชัย สันติวงษ์. การบริหารสู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ:บริษัทประชุมช่างจำกัด;2546.
8. จุไรรัตน์ แยมพลอย. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหอผู้ป่วยสามัญ ศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2549. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล.2549.
9. พงษ์พันธ์ ยิงรัมย์. การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. รวมผลงานวิชาการ - ผลงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขบุรีรัมย์ 2551 บุรีรัมย์:สำนักงานสาธารณสุขบุรีรัมย์.2551.