

ประสิทธิภาพการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สมณภัทร ชินเที่ยง พย.บ. *

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและผู้ป่วยได้รับการสุขภาพอย่างเพียงพอ จึงต้องมีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนและใช้ประโยชน์ได้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ศึกษาจากผลมาหาเหตุ (Case –control study) โดยสืบค้นข้อมูลจากบันทึกการให้บริการเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลฝาง กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยติดเตียงที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2560 ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบใหม่ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) จำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยติดเตียงที่รักษาตัวระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2559 ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบเดิม จำนวน 25 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงจำนวน ร้อยละ และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติไคว์สแคว (Chi-square test)

ผลการศึกษา

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเยี่ยมบ้านกับผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน ด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ภายใน 7 วัน มีค่า $X^2 = 4.910$, P-value = 0.027 ด้านการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก มีค่า $X^2 = 14.486$, P-value = 0.001 ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน มีค่า $X^2 = 4.910$, P-value = 0.027 และด้านการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน มีค่า $X^2 = 0.104$, P-value = 0.747

สรุปผลและเสนอแนะ

รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน (Home Ward) มีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ภายใน 7 วัน (ครอบคลุม 100%) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (อาการคงเดิม 82.5% อาการดีขึ้น 7.69%) ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน (ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรมีการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) และขยายการดำเนินงานไปยังงานบริการอื่นที่คล้ายคลึงกัน หรือโรงพยาบาลอื่นได้

คำสำคัญ

ผู้ป่วยติดเตียง, แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

*กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

HOME WARD FOR BED BOUND PATIENTS AT FANG DISTRICT, CHIANG MAI HOSPITAL

Rhamonput Khunthiang B.N.S.

ABSTRACT

BACKGROUND

Bed bound patient care should be planned systematically from hospital admission, rehabilitation period at hospital to home care. In order to provide health care in the same direction and patients are provided with adequate health service. There must be clear and practical guidelines.

OBJECTIVE

To study the implementation of Home Ward for bed bound patient at Fang district, Chiang Mai.

METHODS

The study was Case-control study. Study group 39 people were bed bound patients during October 1st - December 31st 2017 and control group 25 people were bed bound patients during October 1st - December 31st 2016. Data were collected from Continuing of Care center (COC center) report of Fang Hospital. Statistics used for the analysis include frequency, percentage and chi-square test.

RESULTS

Most of study and control group were male 51.28% and 52.00%, got less than 5,000 baht per month and insurance were universal coverage (UC). The average age was 47.54 and 56.88 years old, were divorced 38.46% and married 52.00% in study group and control group respectively. The test of hypothesis showed the relationship between home visit guideline and the outcomes of home visit in coverage ($X^2=4.910$, P-value = 0.027), clinical change ($X^2=14.486$, P-value = 0.001), complication at home ($X^2=4.910$, P-value = 0.027) and revisit rate ($X^2=0.104$, P-value = 0.747)

CONCLUSTONS AND DISCUSSIONS

The results of this study indicate that Home Ward was the effectively guideline for bed bound patients and better than previous implementation of home visit as follow: 100% coverage (within 7 days), clinical change with 82.05% of stable level and 7.69% getting better, and no complication at home at 0.05 statistical significant levels. Thus Home Ward should be implemented to home visit of bed bound patient.

KEYWORDS : Bed Bound Patient, Home Ward

*Community Health Nurse Practitioner, Fang Hospital

ความเป็นมา

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมากทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนอาจเกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพที่มีการพึ่งพิงผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อนที่เป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและผู้ดูแล¹ ดังนั้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยังคงเป็นการให้บริการสุขภาพที่สำคัญมากนับตั้งแต่ในอดีต ตามข้อมูลต่าง ๆ ภาพถ่ายและเรื่องราวที่อยู่ในภาพยนตร์ทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อมีการเจ็บป่วย เรามักจะเห็นว่ามีการขอให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมและรักษาผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากแพทย์แล้ว บางครั้งก็ต้องนิมนต์พระ หมอประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านร่วมด้วย ดังนั้นทักษะการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและเยียวยารักษาผู้ป่วยนั้นมีมานานตั้งแต่เดิมแล้ว² การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่อำเภอ และการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน หรือระบบสุขภาพในชุมชนนั้น ควรมีการวางแผนตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลต่อเนื่องในชุมชนต้องอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด³

พื้นที่ศึกษา ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็น 119 ชุมชน ประชากรที่อาศัยในพื้นที่ ปี 2560 จำนวน 63,407 คน มีศูนย์สุขภาพชุมชนเรียง เป็นหน่วยงานปฐมภูมิในโรงพยาบาลฝาง และมีเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง โดยมีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care: COC) จัดตั้งในโรงพยาบาลฝาง

ซึ่งเป็นหน่วยงานเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ รวมถึงให้บริการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (Bed Bound) และกลุ่มติดเตียงระยะสุดท้าย (Bed Bound End of Life) ที่ต้องการติดตามสุขภาพอย่างใกล้ชิดเนื่องจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะหอบ/เปราะบาง⁴ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงเป็น 3 ประเภทโดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนนดังนี้ ประเภทเดียว¹ หรือสี่เดียว หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน Barthel ADL index 12 คะแนน ขึ้นไป มีอาการเริ่มเจ็บป่วย วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค หรือเรียกว่า “กลุ่มติดสังคม” ประเภทเดียว² หรือสี่เหลือ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน Barthel ADL index 5 – 11 คะแนน ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อชีวิตปกติ มีความจำกัด/ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล/คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วนหรือเรียกว่า “กลุ่มติดบ้าน” และประเภทเดียว³ หรือสี่แดง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน Barthel ADL index อยู่ในช่วง 0–4 คะแนน กลุ่มผู้ป่วยนี้มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน⁵ หรือเรียกว่า “กลุ่มติดเตียง” ด้านการดูแลต่อเนื่องมีการพัฒนาแนวทางการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม

ร่วมคิด ร่วมพัฒนาให้ตรงกับปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของคนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพโดยกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลฝางได้จัดทำคู่มือการดำเนินการเยี่ยมบ้านและศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care: COC) ซึ่งกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) และดำเนินการตามแนวทางเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2560 เป็นต้นมา จากประเด็นดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) อำเภอฝางจังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานของการศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 1 รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงภายใน 7 วัน

สมมติฐานข้อที่ 2 รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิก

สมมติฐานข้อที่ 3 รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

สมมติฐานข้อที่ 4 รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน

วิธีการศึกษา

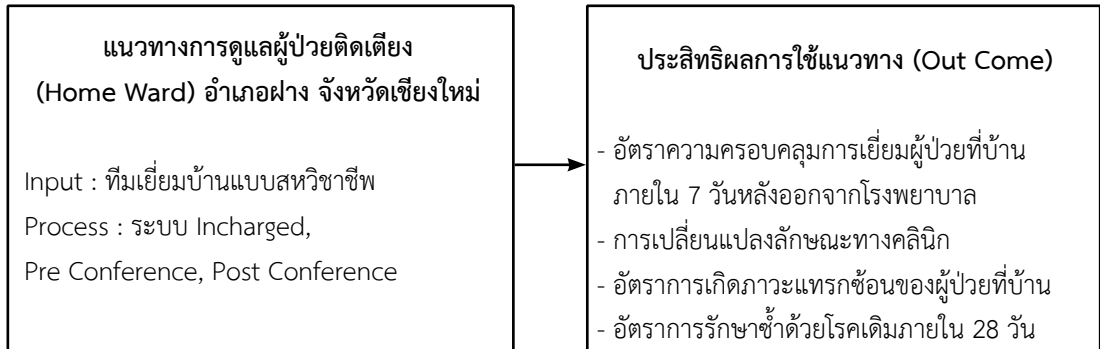
การวิจัยเชิงวิเคราะห์ศึกษาจากผลมาหาเหตุ (Case –Control study) โดยสืบค้นข้อมูลจากบันทึกการให้บริการเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลฝาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือกลุ่มผู้ป่วยประเภทเตียง³ หรือผู้ป่วยติดเตียง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลฝางระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2560 และได้รับการเยี่ยมบ้านแบบใหม่ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) จำนวน 39 คน เป็นกลุ่มศึกษา และผู้ป่วยติดเตียงที่รักษาตัวระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2559 โดยได้รับการเยี่ยมบ้านแบบเดิมจำนวน 25 คน เป็นกลุ่มควบคุม

การเยี่ยมบ้านแบบเดิม หมายถึง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบพื้นที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นการใช้บ้านของผู้ป่วยเป็นสถานบริการพยาบาล โดยที่ไม่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามสีหรือตามความสามารถของร่างกายและความต้องการของผู้ป่วย และไม่มีการบูรณาการร่วมสหวิชาชีพ

การเยี่ยมบ้านแบบใหม่ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) คือ การใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยเตียงที่บ้านเปรียบเสมือนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทั้งนี้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Discharge Plan) มีการติดตามเยี่ยมโดยพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care: COC) โรงพยาบาลฝางเป็นผู้ประสานงาน

เก็บข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ประกอบไปด้วยอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิก (อาการดีขึ้น/อาการคงเดิม/อาการแย่ลงหรือเสียชีวิต) การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้าน และสถิติการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงจำนวน ร้อยละ และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi-square test

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

Input หมายถึง ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำเนินการได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้าน (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) ระบบงานที่ดี ทั้งระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย อุปกรณ์/ของใช้ รวมถึงปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน

Process หมายถึง กระบวนการการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน และระยะหลังการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					0.136	0.712
ชาย	19	48.72	12	48.00		
หญิง	20	51.28	13	52.00		
2. อายุเฉลี่ย (ปี)	47.54		56.88		41.244	0.504
3. สถานภาพ					2.274	0.518
โสด	7	17.95	5	20.00		
สมรส	14	35.90	13	52.00		
หย่า	15	38.46	6	24.00		
แยกทาง	3	7.69	1	4.00		
4. รายได้เฉลี่ย/เดือน					5.051	0.080
น้อยกว่า 5,000 บาท	29	74.36	24	96.00		
5,001-10,000 บาท	9	23.07	1	4.00		
10,001-20,000 บาท	1	2.57	0	0		
5. สิทธิรักษาพยาบาล					2.007	0.571
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26	66.67	18	72.00		
เบิกได้/ข้าราชการ	8	20.51	6	24.00		
ประกันสังคม	12.82	2.56	1	4.00		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มศึกษาจำนวน 39 คน เป็นเพศชาย 19 คน อายุเฉลี่ย 47.54 ปี สถานภาพหย่าร้างและสมรสจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 38.46 และ 35.90 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 74.36 กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน เป็นเพศหญิง 13 คน อายุเฉลี่ย 56.88 ปี เป็นผู้ที่มีสมรสแล้วร้อยละ 52.00 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า

5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 96.00 โดยทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 66.67 และร้อยละ 72.00 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ใดที่มีผลต่อกันทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การทดสอบรูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน มีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน ด้านความครอบคลุม การเยี่ยมบ้าน ภายใน 7 วัน ด้านการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิก ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน และด้านการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน

ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ภายใน 7 วัน					4.910	*0.027
ภายใน 7 วัน	39	100	22	88.00		
เกิน 7 วัน	0	0.00	3	12.00		
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิก					14.486	*0.001
อาการดีขึ้น	3	7.69	0	0.00		
อาการคงเดิม	32	82.05	12	48.00		
อาการแย่ลง	4	10.26	13	52.00		
3. ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน					4.910	*0.027
เกิด	0	0.00	3	12.00		
ไม่เกิด	39	100.00	22	88.00		
4. ด้านการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน					0.104	0.747
พบ	1	2.56	1	4.00		
ไม่พบ	38	97.44	24	96.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 เป็นการเปรียบเทียบรูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกันในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม มีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน ด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ภายใน 7 วัน ด้านการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิก ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน และด้านการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ผลการวิเคราะห์ ได้ดังนี้

(1) ด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน มีค่า P-value เท่ากับ 0.027 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1)

หมายความว่า รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านมีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านด้านความครอบคลุมการเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

(2) ด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน มีค่า P-value เท่ากับ 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านมีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านด้านการเปลี่ยนแปลง

ลักษณะทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

(3) ด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน มีค่า p-value เท่ากับ 0.027 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านมีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

(4) ด้านการรักษาด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน มีค่า p-value เท่ากับ 0.747 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) และปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า รูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านไม่มีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านด้านการรักษาด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ที่ให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care: COC) ได้รับการวางแผนการดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Discharge Plan) และได้มีการนำกระบวนการทางการพยาบาล การเยี่ยมบ้านมาใช้อย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ทักษะความสามารถของบุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันจากสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมไปถึงความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่นโดยมีกระบวนการดำเนินงาน (Process) ทั้งระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน และระยะหลังการเยี่ยมซึ่งแตกต่างจากการติดตามเยี่ยมบ้านแบบเดิมที่ภาระหน้าที่หลักเป็นของพยาบาลในชุมชนหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยไม่มีการบูรณาการเป็นทีมและไม่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงด้วย

แนวทางที่แตกต่างกันมีผลต่อผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านด้านความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านภายใน 7 วันหลังออกจากโรงพยาบาล ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้าน และด้านการรักษาด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน โดยผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง Home Ward สูงกว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบเดิม สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาลและสอดคล้องกับการศึกษาของ⁶ คุณเพ็ญศิริ อัดถาวรส์ ร่วมกับคุณนิชฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ และคุณฮารุน สาตหลี เรื่องผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ Home Nursing Care (HNC) for Bed-Ridden Patients from Primary Care Unit (PCU) ที่แสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดงานเยี่ยมบ้านพยาบาลชุมชนหลังการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของ⁷ Van Hoof, Wetzels, Dooremalen, Overdiep, Nieboer, Eyck และคณะ ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นไปตามบริบทการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการบูรณาการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสาในชุมชน และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด โภชนากร ทันตแพทย์/ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกรจากโรงพยาบาลฝาง รวมถึงได้รับความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายและองค์กรส่วนท้องถิ่น กล่าวโดยสรุป คือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง Home Ward มีประสิทธิภาพ (Out Come) ที่ดีขึ้นในด้านครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน การเปลี่ยนแปลงทางคลินิก และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิชัย สิริโรจน์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ที่อนุญาตให้มีการศึกษานี้ ขอขอบคุณแพทย์หญิงณิณี จักรแก้ว แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ให้คำปรึกษาเรื่องงานการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฝางและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการค้นหาข้อมูลต่าง ๆ

REFERENCES

- 1.Community Health Nurse Practitioner, Social Medicine, Fang Hospital. Home visits and Continuing of Care,Chiangmai; 2017.
- 2.Health Systems Research Institute. Guideline of service for elderly. Nonthaburi.sahamitt printing and publishing; 2010.
- 3.JuthatipNgoichansri,Development of continuing care for the home-bound and bed-bound elders in Phetchabun municipal community. GraduationResearchConferenceKhonKaen University 2011: 658-669.
- 4.KridThongbunjob.Saipinathirat.Home visit in primary care (Internet).2015 (cited 2018 Feb 2).Available from:http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/pdf/331505/54723515_home_visit.pdf.
- 5.PoungpenPhuaksawat,NisachonNakkhun, WitchayaRotchanarak: Situations, Problems, and Health care needs for Home-Bound andBed-bound chronically ill Patients inSuratthani Municipal Community. Nursing Journal of the Ministry ofPublic Health:54-56.

- 6.PhensiriAtthawong, NitthanAnusornprasert, Haroon Sardlee. Home Nursing Care (HNC) for Bed-Ridden Patients form Primary Care Unit (PCU). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):73-85.
7. Van Hoof, J., Wetzels, M.H., Dooremalen, A.M., Overdiep, R.A., Nieboer, M. E., Eyck, A.M., et al. Exploring Innovation Solutions of Quality of Life and Care of Bed-Ridden Nursing Home Residents Through Codesign Sessions. Journal of Aging Research 2015.