

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้กลไก 3 หมอ จังหวัดอุดรธานี

The Development of Care for Bedridden Patients by Using The 3-Doctor Mechanism Udon Thani Province

เรวัฒน์ ศิรินิกร ศ.ม. (นโยบายและการวางแผนทางสังคม)

Raywat Sirinikorn M.A. (Social policy and administration)

ประภัสสร งานรุ่งเรือง ส.ม. (ชีวสถิติ)

Prapatsorn Nganroongruang M.P.H. (Biostatistics)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Udon Thani Provincial Health Office

Received: July 14, 2023

Revised: August 28, 2023

Accepted: August 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้กลไก 3 หมอ จังหวัดอุดรธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 259 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 45 คน และทีม 3 หมอจำนวน 30 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเตียง จังหวัดอุดรธานี มีการวัดความรู้ อสม. และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงก่อนดำเนินการ ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Do) มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. กำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของทีม 3 หมอ และการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเยี่ยมบ้าน ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามและประเมินผล (Check) มีการประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีม 3 หมอ วัดความรู้ อสม. และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง หลังดำเนินการ และสรุปผล ระยะที่ 4 ขั้นการปรับปรุง (Act) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลหลังการพัฒนา เปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนาเพื่อวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อการปรับปรุงในรอบต่อไป เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามผู้ป่วยติดเตียง อสม. และแบบสัมภาษณ์ทีม 3 หมอ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.84 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 0.94 หาค่าความยากง่ายของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. ด้วยวิธี KR20 ได้ค่าเท่ากับ 0.82 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงหลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) 95%CI อยู่ระหว่าง 1.99 ถึง 4.66 ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ ภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D.=0.54) และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับการดูแลจากทีม 3 หมอมีสถานะสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 72.59 รองลงมาคือคงที่/เท่าเดิม ร้อยละ 26.25 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value}=0.001$) 95%CI อยู่ระหว่าง 0.54 ถึง 2.22

คำสำคัญ: กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลไก 3 หมอ

Abstract

This research is an action research to study the development process of caring for bedridden patients by using the “3 doctors” mechanism in Udon Thani Province. The population and sample were 259 bedridden patients, 45 village health volunteers and doctors’ teams. The study was divided into 4 phases: Phase 1: Planning (Plan). The situation was analyzed. Assess the condition of the problem. and needs of bedridden patients Udon Thani Province. There was a knowledge measurement of VHVs and quality of life of bedridden patients. Before implementation, Phase 2: Operational (Do) has developed the potential of village health volunteers, defined roles and responsibilities, guidelines for conducting home visits, guidelines for caring for bedridden patients of a team of 3 doctors and organizing activities for caring for bedridden patients home visit, Phase 3: Follow-up and Evaluation (Check) There is an evaluation of the process of caring for patients by a team of 3 doctors, measuring the knowledge of village health volunteers and measuring the quality of life of bedridden patients. After the implementation and conclusions, the 4th stage, the improvement step (Act), reflects on the performance. Collect data after development, comparison of pre-and post-development action. In order to analyze strengths and weaknesses in the operation that need improvement for improvement of the system in the next round. The tools used were the questionnaire for bedridden patients VHVs and the interview form for the 3-doctor team, which were checked for content validity by 3 experts and further analyzed for validity of the questionnaires. The quality of life measurement scale equals 0.84, and the satisfaction assessment form for bedridden patients equals 0.94. The difficulty of the knowledge questionnaire about taking care of bedridden patients of village health volunteers (VHVs) was determined by using the KR20 method. The value was 0.82. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The research results showed that the mean quality of life scores of bedridden patients After the operation was significantly higher than before. At the statistical significance level of 0.05 (p -value<0.001), the 95%CI ranged from 1.99 to 4.66. The overall satisfaction of bedridden patients towards receiving services from the 3-doctor team was at a high level ($\bar{X}$ =4.00, S.D.=0.54). Health status improved 72.59%, followed by stable/same as 26.25%, and the mean score of knowledge in caring for bedridden patients of VHVs found that the mean knowledge score after the operation was higher than before performed statistically significant at the statistical significance level of 0.05 (p -value = 0.001), the 95%CI ranged from 0.54 to 2.22.

Keywords: The process of caring for bedridden patients, the mechanism of 3 doctors

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อมีอัตราการเพิ่มมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะติดเตียง (Bedridden) ซึ่งทำให้มีค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในอัตราที่สูง ประกอบกับเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านยังต้องเป็นภาระของญาติ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งตั้งแต่ ปี 2563 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการ

พัฒนาระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น “อสม.หมอบริการบ้าน” โดยเริ่มพัฒนาจากประธาน อสม.ระดับจังหวัด ระดับตำบล และหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน ด้วยเห็นคุณค่าความสำคัญของ อสม. ในฐานะเป็นแกนนำสำคัญในการดูแล ส่งเสริมสนับสนุน การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนลดการพึ่งพาโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็นต้องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล อีกทั้งช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล ทั้งนี้ หนึ่งในบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของ “อสม. หมอประจำบ้าน” คือ การส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยเป็นแกนนำในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ห่วงใยสารเสพติดและอบายมุข เพื่อช่วยลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต

ปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายของขวัญปีใหม่ “คนไทยทุกคนครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน” ซึ่งประกอบด้วยหมอกันที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หมอประจำบ้าน) หมอกันที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่และพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หมอสาธารณสุข) และหมอกันที่ 3 คือ แพทย์ในโรงพยาบาล (หมอครอบครัว) ซึ่งสามารถทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต⁽¹⁾ เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพและมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย เน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของ 3 หมอในการประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และส่งต่อการรักษาในโรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษา และส่งต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง

นโยบาย 3 หมอได้มีแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทัวถึง ยั่งยืน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชนในการดูแลประชาชนให้ครอบคลุม 4 มิติของปัญหาสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ฉบับประชามติ ปี พ.ศ.2559 หมวด 16 มาตรา 258 (ข) ด้านอื่น ๆ โดยกำหนดให้การแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ตลอดจนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ด้วยความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ สุขภาพดี (PP&P Excellence) บริกรดี (Service Excellence) คนดี (People Excellence) และ บริหารดี (Governance excellence) สู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁽²⁾

การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นการดูแลผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกคงที่แต่มีสภาพเปราะบางเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยสูงมาก หากขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและสม่ำเสมอจากผู้ดูแล (Care giver) พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะขั้นสูงในหลายด้าน ทั้งด้านคลินิก กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถประสานและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายใต้บริบทที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดภาระการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพราะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในแต่ละครั้งมีเรื่องค่าใช้จ่ายรวมถึงมีอุปสรรคในการเคลื่อนย้าย และลดภาระของผู้ดูแลให้น้อยที่สุด⁽³⁾

จังหวัดอุดรธานี ได้มีการนํานโยบาย 3 หมอมาดำเนินการตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา เพื่อให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 20 อำเภอ 156 ตำบล โดยพบว่าตั้งแต่ปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 2,839, 3,130 และ 2,986 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น และพบผู้ป่วยติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 5.07, 3.35 และ 3.08 ตามลำดับ ประกอบกับมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน โดยเริ่มจากปี 2563 - 2565 มี อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เป็น อสม. หมอประจำบ้านจำนวน 2,211, 1,909 และ 1,962 ตามลำดับ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลง หากผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลดภาระค่าใช้จ่ายและลดอัตราการเป็นภาระต่อสังคม⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิดวางแผนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน คือการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติตามแผน (Do: D) การตรวจสอบ (Check: C) และการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหา (Act: A) ตามแนวคิดของ W. Edwards Deming ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงให้เกิดประสิทธิภาพตามเป้าหมาย และจากสภาพปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้กลไก 3 หมอ จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะโรคอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- (1) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้กลไก 3 หมอ จังหวัดอุดรธานี
- (2) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียง จังหวัดอุดรธานี
- (3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. (หมออนามัย 1) ก่อนและหลังดำเนินการ
- (4) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังดำเนินการ
- (5) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้กลไก 3 หมอ จังหวัดอุดรธานี ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงเฉลี่ย 3 ปีซ้อนหลัง จำนวน 2,985 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรม ปี 2563-2565 จำนวน 6,082 คน และทีม 3 หมอ จำนวน 7,550 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่าง อำเภอสร้างคอม พิบูลย์รักษ์ วังสามหมอ กุดจับ หนองหาน และบ้านผือ ดังนี้ ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 259 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 45 คน และทีม 3 หมอ จำนวน 30 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จังหวัดอุดรธานี เฉลี่ย 3 ปีซ้อนหลัง จำนวน 2,985 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร เมื่อทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวรรณกุล, 2550)⁽⁵⁾

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 P(1 - P)}{(e^2 - 1)N + \frac{Z_{\alpha}^2 P(1 - P)}{2}}$$

เมื่อ N = จำนวนประชากรผู้ป่วยติดเตียงจังหวัดอุดรธานีเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี = 2,985 คน

P = สัดส่วนผู้ป่วยติดเตียงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด = 0.21 (จากรายงานวิจัยเรื่อง ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโรงพยาบาลห้วยแก้ว จังหวัดอุดรธานี)⁽⁶⁾

Z_{α}^2 = พื้นที่ใต้โค้งปกติ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% = 1.96

e = ความแม่นยำของการประมาณ ที่ให้โอกาสความผิดพลาดที่ 5% = 0.05

n = 235 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 259 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.หมอประจำบ้าน) ที่ผ่านการอบรมปี 2563 - 2565 จำนวน 6,082 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.หมอประจำบ้าน) ที่ผ่านการอบรมปี 2563-2565 ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณจิรวัฒน์กุล, 2550)⁽⁵⁾

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$Z_{\alpha/2}Z_{\alpha/2}$ = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{\beta}Z_{\beta}$ = อำนาจการทดสอบที่กำหนด (กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% มีค่าเท่ากับ 0.84)

$\sigma^2\sigma^2$ = ความแปรปรวนใช้ค่าความแปรปรวนรวมที่ได้จากรายงานวิจัยเรื่องผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁷⁾

$$S_p^2 = \frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{(n_1+n_2-2)}$$

$$S_p^2 = \frac{(125-1)(1.37^2) + (125-1)(1.24^2)}{(125+125-2)} = 1.71$$

μ_1 = ค่าเฉลี่ยก่อนการอบรมความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านของ อสม. เท่ากับ 19.94 จากงานวิจัยเรื่องผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม. ในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁷⁾

μ_2 = ค่าเฉลี่ยหลังการอบรมความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านของ อสม. เท่ากับ 20.57 จากงานวิจัยเรื่องผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม. ในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁷⁾

$$n = \frac{(1.96+0.84)^2(1.71)^2}{(20.57-19.94)^2} = 33.77$$

n = 34 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บตัวอย่าง อสม.หมอประจำบ้าน เพิ่มอีกร้อยละ 30 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 45 คน

กลุ่มที่ 3 ประชากรคือ หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน ที่ผ่านการอบรมปี 2563 - 2565 จำนวน 6,082 คน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข จำนวน 1,316 คน และ หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว จำนวน 152 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ทีม 3 หมอที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยการสุ่มอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้อำเภอตัวอย่าง ดังนี้ อำเภอสร้างคอม พิบูลย์รักษ์ วังสามหมอ กุดจับ หนองหาน บ้านผือ และหลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน เลือจากตัวแทนประธานอำเภอ และตัวแทนประธานตำบล อำเภอละ 2 คน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข โดยคัดเลือกจากบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอละ 2 คน และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) อำเภอละ 1 คน) รวม 30 คน เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โดยมีระยะการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อ จังหวัดอุดรธานี ก่อนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ได้จัดกิจกรรมการจัดสนทนากลุ่มทีม 3 หมอ ได้ประเด็นการดำเนินการ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของทีม 3 หมอ และ 3) การจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อการเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของ อสม. และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อก่อนดำเนินการ

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Do) มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน การกำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของทีม 3 หมอ และจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามและประเมินผล (Check) ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีม 3 หมอ ทดสอบความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงหลังดำเนินการ สรุปผลวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะที่ 4 ขั้นการปรับปรุง (Act) มีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการประชุมผู้เกี่ยวข้อง และการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา เปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนานำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาพิจารณาผลในการดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการปรับแผนใหม่ และวิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จุดแข็งที่ต้องสร้างเสริมพัฒนาต่อเนืองจะทำให้ได้แผนที่ปรับแล้ว เพื่อไปสู่การปฏิบัติการสังเกตผลการปฏิบัติงาน และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงในรอบต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. คู่มือพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้ป่วยติดเตียง แบบสอบถาม อสม. และแบบสัมภาษณ์ทีม 3 หมอ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อ (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิต มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ		ข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ	
ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน	ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน	เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	มาก	ให้ 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนนโดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าใดสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับการบริการจากทีม 3 หมอ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือก 5 ระดับ ตามแบบของ Likert (1961)⁽⁸⁾ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง น้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การกำหนดเกณฑ์⁽⁹⁾ โดยหาความกว้างของอันตรภาคชั้น เท่ากับ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้นความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ย เท่ากับ $4/5 = 0.8$

การแปลผลระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับการบริการจากทีม 3 หมอ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 สถานะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับการดูแลจากทีม 3 หมอ มีมาตราวัดเป็น Nominal scale แบ่งสถานะสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงเป็น แย่ลง คงที่/เท่าเดิม ดีขึ้น

2.2 แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม.

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ มาตราวัดเป็น nominal scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนน เท่ากับ 1

ตอบผิด ให้คะแนน เท่ากับ 0

การแปลผลระดับคะแนนความรู้⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. ดังนี้

คะแนนระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80) มีค่าคะแนนเท่ากับ ≥ 16 คะแนน

คะแนนระดับปานกลาง (ร้อยละ 61–79) มีค่าคะแนนเท่ากับ 13 – 15 คะแนน

คะแนนระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60) มีค่าคะแนนเท่ากับ ≤ 12 คะแนน

2.3 แบบสัมภาษณ์ทีม 3 หมอในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยติดเตียง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และหาความยากง่ายของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. ด้วยวิธี KR20 ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี UDREC 12466

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเตียง อสม. และความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของ อสม. และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้กลไก 3 หมอ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) การวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงจังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.25 มีฐานของอายุเท่ากับ 60 ปี (Min=13, Max =103) ส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 44.02 สถานภาพคู่/สมรสร้อยละ 63.71 มีสมาชิกในครอบครัว 2–3 คน ร้อยละ 44.79 ความพึงพอใจของรายได้ส่วนใหญ่พึงพอร้อยละ 58.69 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบุตรร้อยละ 32.82 รองลงมาคือ ญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 26.64 ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.88 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต ร้อยละ 33.98 และ 28.19 และระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีร้อยละ 43.24 รองลงมา 6–10 ปี ร้อยละ 27.41 ซึ่งก่อนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีจัดกิจกรรมการจัดสนทนากลุ่มทีม 3 หมอ ได้ประเด็นการดำเนินการ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่

แนวทางการดำเนินการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของทีม 3 หมอ ซึ่งการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านที่ผ่านมาขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่องขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อที่เป็นรูปแบบชัดเจนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดการประสานข้อมูลของทีม และ 3) การจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงการเยี่ยมบ้านโดยการวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงก่อนดำเนินการ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. (หมอคนที่ 1) ก่อนดำเนินการคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง (≥ 16 คะแนน) ร้อยละ 51.11 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (13-15 คะแนน) ร้อยละ 46.67 และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงก่อนดำเนินการพบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 55.98 และเมื่อพิจารณา ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 59.46, 49.81, 57.14 และ 50.58 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Do) มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้านตามหลักสูตรการพัฒนาอบรม อสม.หมอประจำบ้านของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินการเยี่ยมบ้าน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของทีม 3 หมอ มีการพัฒนาแนวทางการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ โดยกำหนดให้แพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยทุกราย กำหนดแผนติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องชัดเจนตามความจำเป็นและส่งต่อเพื่อรักษากรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายปฏิบัติเป็นแนวเดียวกันทุกหน่วยบริการ และจัดกิจกรรมการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.22 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี (S.D.=7.75, Min=37, Max=68) ส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 80.00 สถานภาพ

คู่/สมรสร้อยละ 73.33 รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาท ร้อยละ 46.67 มีฐานฐานของรายได้ เท่ากับ 5,000 บาท ระยะเวลาการเป็นอสม. อยู่ระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 42.22 เคยผ่านการพัฒนาศักยภาพ 3 อันดับแรก คือ การพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 100.00 รองลงมา การดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการจัดการขยะร้อยละ 88.89 และ 86.67 และจำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในความดูแลของ อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คนร้อยละ 84.44

ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามและประเมินผล (Check) ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีม 3 หมอ ทดสอบความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ อสม. และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงหลังดำเนินการ สรุปผลวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการคะแนนความรู้ในระดับสูง (≥ 16 คะแนน) ร้อยละ 80.00 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (13-15 คะแนน) ร้อยละ 20.00 และ คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 50.19 และเมื่อพิจารณา ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 55.98, 48.26, 56.37 และ 46.33 ตามลำดับ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ดังนี้

1. ทีมบุคลากรต้องมีหัวใจปฐมภูมิเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยติดเตียง และร่วมกันออกแบบระบบบริการกับชุมชนคนในพื้นที่หรือท้องถิ่น และผู้บริหารที่เข้าใจให้การสนับสนุน โดย

1.1 มีนโยบายและระบบแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านที่ชัดเจน

1.2 การทำงานเป็นทีมของทีม 3 หมอ

1.3 ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายชุมชน มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน มีการทำงานเชื่อมโยงระหว่าง 3 หมอ ประสานงานกันทั้งทางโทรศัพท์ และทางไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและมีความต่อเนื่อง

2. มีทรัพยากรสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทั้ง คน เงิน ของ

ระยะที่ 4 ขั้นการปรับปรุง (Act) มีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการประชุมผู้เกี่ยวข้อง และการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลหลังการพัฒนาเปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนา นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาพิจารณาผลในการดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนด เพื่อสรุปผลนำไปสู่การปรับแผนใหม่ ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การเสริมพัฒนาในจุดแข็งซึ่งหลังการดำเนินงานพบว่า

1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของ อสม. ก่อนและหลังดำเนินการ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของ อสม. (หมอคนที่ 1) ก่อนและหลังดำเนินการพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($P\text{-value}=0.001$) 95% ช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.54 ถึง 2.22 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของ อสม. ก่อนและหลังดำเนินการ (n=45)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของ อสม.	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	t	P-value	95% CI ของค่าเฉลี่ย
ก่อนดำเนินการ	16.04	1.88	1.38	3.31	0.001*	0.54 ถึง 2.22
หลังดำเนินการ	17.42	1.77				

*significant at 0.05 (paired t test)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อก่อนและหลังดำเนินการ

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยติดเชื้อหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) 95% ช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.99 ถึง 4.66 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อก่อนและหลังดำเนินการ (n=259)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	t	P-value	95% CI ของค่าเฉลี่ย
ก่อนดำเนินการ	82.21	19.21	3.32	4.90	<0.001*	1.99 ถึง 4.66
หลังดำเนินการ	85.54	19.05				

*significant at 0.05 (paired t test)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D.=0.54) ความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ทีม 3 หมอมีความสุภาพ อ่อนน้อม

และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี อยู่ระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, S.D.=0.58) รองลงมาคือ ทีม 3 หมอให้ความสนใจเอาใจใส่รับฟังปัญหาและเต็มใจช่วยแก้ปัญหาต่างๆ อยู่ระดับมาก ($\bar{X}=4.07$, S.D.=0.62) และความพึงพอใจต่อการได้รับบริการโดยภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.62) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ (n=259)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ระดับ
1. ทีม 3 หมอมีการติดต่อนัดหมายก่อนมาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง	3.85	0.85	มาก
2. รู้สึกปลอดภัยในการบริการที่ได้รับจากทีม 3 หมอ	4.00	0.59	มาก
3. ทีม 3 หมอ มีความสุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	4.13	0.58	มาก
4. ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำที่เหมาะสมจากทีม 3 หมอ	4.03	0.67	มาก
5. ได้รับความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อกับทีม 3 หมอ ในการขอรับบริการหรือสอบถามข้อมูล	4.02	0.64	มาก
6. ทีม 3 หมอ ให้ความสนใจ เอาใจใส่รับฟังปัญหาและเต็มใจช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ	4.07	0.62	มาก
7. ทีม 3 หมอ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน	4.04	0.67	มาก
8. มีช่องทางติดต่อทีม 3 หมอได้สะดวกรวดเร็ว	3.97	0.68	มาก
9. ได้รับความสะดวกในการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน	3.81	0.76	มาก
10. ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการโดยภาพรวม	4.06	0.62	มาก
ภาพรวม	4.00	0.54	มาก

4. สถานะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับการดูแลจากทีม 3 หมอ พบว่าผู้ป่วยติดเตียงมีสถานะสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 72.59 รองลงมาคือ คงที่/เท่าเดิม ร้อยละ 26.25 และแย่ลงร้อยละ 1.16

5. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากการสัมภาษณ์พบว่า บทบาท/การดูแลผู้ป่วยติดเตียงของทีม 3 หมอ มีดังนี้

หมอคนที่ 1 (หมอประจำบ้าน)

1. ค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม 3 หมอ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยคอยสนับสนุนให้คำแนะนำญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติ/อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย และออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม

2. ร่วมเป็นคณะกรรมการในการอนุมัติงบประมาณการดูแลผู้ป่วยขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

หมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข)

1. ร่วมสร้างเครือข่ายออกแบบระบบและจัดระบบเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วน ตลอดจนวางแผน

ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงแต่ละราย ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ประสานการส่งต่อวิเคราะห์ข้อมูลและตอบกลับข้อมูล ติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประสานร่วมทีม 3 หมอ และคืนข้อมูลที่ต้องได้รับการดูแลให้ภาคีเครือข่ายได้แก่ อปท. กองทุนสุขภาพพื้นที่ฯ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล

3. เป็นผู้จัดการดูแล (Care Manager) และร่วมพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสา และ อสม. ทีม LTC ที่มี อสม.ผ่านการอบรมได้เรียนรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลร่วมกับทีมอย่างต่อเนื่อง

4. เป็นผู้บริหารจัดการเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือที่ต้องนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นผู้อำนวยการดูแลในการขึ้นทะเบียนดูแลในกลุ่มภาวะพึ่งพิง/ผู้พิการ เพื่อให้ได้รับสวัสดิการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการกรณีฉุกเฉินโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

หมอคนที่ 3 (หมอครอบครัว)

1. จัดตั้งและร่วมวางแผน ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในทุกกลุ่ม
2. เป็นหัวหน้าทีมและเป็นที่ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของจังหวัดอุดรธานี พบว่า ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงจังหวัดอุดรธานี ระยะที่ 2 พัฒนาศักยภาพ อสม. กำหนดบทบาทแนวทางการดูแลผู้ป่วย ออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม 3 หมอ ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผลกระบวนการดูแล โดยการทดสอบความรู้ และวัดคุณภาพชีวิตก่อนและหลังดำเนินการ และระยะที่ 4 วิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องสร้างเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า

1. การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเตียง จัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน แนวทางการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) 95% ช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.54 ถึง 2.22 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลวาว อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁷⁾ ที่พบว่า ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับการฝึกอบรม ดังนั้น หากจะให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการเยี่ยมบ้านของ อสม. จึงควรเพิ่มหลักสูตรการให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่อสม. ก่อนที่จะให้ อสม. ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจริง และผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95% ช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.99 ถึง 4.66 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม⁽¹²⁾ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมภายหลังการพัฒนาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเตียงต่อการได้รับบริการจากทีม 3 หมอ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.54) ความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ทีม 3 หมอ มีความสุขภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.13, S.D. = 0.58) สัมพันธ์กับงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹³⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การแสดงออกของท่าทาง คำพูด และการบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมบริการที่ดี ผู้รับบริการสามารถรับรู้หรือสัมผัสได้ และจะสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมบริการนั้นเป็นอย่างไรประทับใจหรือพึงพอใจมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า เมื่อมีการแสดงพฤติกรรมบริการที่ดีแล้ว การบริการย่อมมีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจประทับใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย

4. การพัฒนาแนวทางการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ โดยกำหนดให้แพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยทุกราย กำหนดแผนติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน

ตามความจำเป็นและส่งผลต่อเพื่อรักษากรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อที่เป็นรูปแบบชัดเจนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดการประสานข้อมูลของทีม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทือรัง จังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹⁵⁾ มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทีมดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการจัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาและร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม อสม. ที่มีการปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานในการติดตามดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

2) ควรมีการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดูแลสุขภาพของประชาชนในรูปแบบเครือข่ายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.นายแพทย์ปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี นายแพทย์ประพนธ์ เครือเจริญ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม

ป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดร.อุเทน หาแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) และนายมะโนตร์ นาควิจนะ เกษตรกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำแนะนำ ความอนุเคราะห์ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณทีม 3 หมอและผู้ป่วยติดเตียงทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน”. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย; 2559.
3. เพ็ญใจ จันทรมณี. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในรายที่มีสุขภาวะที่ดีในเขตเทศบาลนครภูเก็ต: กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2020/12/vachira-2021-03-19_08-34-40_414373.pdf.
4. สุวรรณ วุฒิณฤทธิ, วลัยนารี พรหมลา. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 367-75.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังน่านวิทย์; 2550.
6. กังวานไทย ออกตลัด. ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยแก้ว จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560; 25(3): 231-40.

7. ประภาส อนันตา, จริญญา ทองเอนก. ผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 20(1): 1-8.
8. Likert R. New Patterns of Management. New York; 1961.
9. ปกรณ์ ประจัญบาน. สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัยและประเมิน. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555.
10. Bloom BS. Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975.
11. นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังษี, ดลนภา จิระออน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(3): 460-70.
12. ทิพยาภา ดาหาร, เจทสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม 2561; 2(3): 42-54.
13. อังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
14. ประดับ มหยาโน. พฤติกรรมพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์. [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
15. พิศมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพ็ญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23(2): 79-87.