

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ประหยัด ชูระแพง¹
ปฐมพร มหเสนา²
เรืองศิริ ภาณุเวช³
ศิริรัตน์ อินทรเกษม⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และติดตามศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ทั้งหมด 35 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Barthel ADL Index ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มศึกษา มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.3 ปี (SD=22.5) มีสาเหตุของการป่วยติดเตียงมากที่สุดคือ สูงอายุเท่ากับ 23 คน (ร้อยละ 65.7) ระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการพัฒนามีกิจกรรมคือ พัฒนาแนวทางปฏิบัติ พัฒนาระบบฐานข้อมูล พัฒนาสมรรถนะของทีมสุขภาพ ครอบครัวและสร้างมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index เพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน (95%CI: 1.4 – 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดบ้าน, ผู้ป่วยติดเตียง, คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ตามดัชนี Barthel ADL Index

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

Corresponding author : ศิริรัตน์ อินทรเกษม e-mail: sirirat.intharakasem@gmail.com

The development of the homebound patient and bedbound patient care system in Tambon Nong Bou Amphoe Moun Nong Bua Lamphu Province

Prayad Thurapang¹
Purimpaun Mahasena²
Rueangsiri Panuwet³
Sirirat Intharakasem⁴

Abstract

The purposes of this participatory action research were 1) to develop care system for homebound and bedbound patients living in Nong Bou sub-district, Mueang District, Nong Bua Lamphu and 2) to monitor effectiveness of this developed care system. Thirty-five homebound and bedbound patients with Barthel ADL Index ≤ 11 points were included in this study. Participants' demographic data were collected and presented by descriptive statistics. After implemented this new care system, data were analysed by dependent t-test (paired t-test).

Findings showed that average age of bedbound and homebound patients was 63.3 years old (SD=22.5). The majority of bedbound patients (65.7%) were being elderly. Four main activities to develop the care system for homebound/bedbound system included developing the practical guideline, managing patient database system, setting family care team and building community partnership system. After applying these activities, Barthel ADL Index of participants were increased 2.6 points (95%CI: 1.4 – 3.6, $p<0.001$). In 11 patients (31.4%), complications mainly from urinary tract infections and pneumonia were decreased ($p=0.005$) significantly.

Keywords: homebound patient, bedbound patient, Bathel Index of Activities of Daily living (Bethel ADL Index)

¹⁻³ Registered Nurse, Moun Nong Bua Lamphu Hospital

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom

Corresponding author : Sirirat Intharakasem; e-mail: sirirat.intharakasem@gmail.com

บทนำ

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและมีอุบัติการณ์เจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรถึง 40 ล้านคนจาก 56 ล้านคนที่เสียชีวิตมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางที่มีการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี พบถึงร้อยละ 48 ซึ่งร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และเบาหวาน เป็นต้น¹⁷ สำหรับประเทศไทยนั้น จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2557 ได้ระบุถึงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ และโลหิตจางชนิดอื่นๆ ไตวาย ซึ่งโรคทั้งหมดจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ กลุ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา นอกจากนี้แล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังเคลื่อนเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย (Population ageing) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ จะทำให้พบการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น² และเป็นประชากรที่มีแนวโน้มในการเป็นผู้ป่วยติดเตียงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จากข้อมูลสารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2561 รายงาน ณ ข้อมูล ณ วันที่ 27 มกราคม 2561 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66,234,000 คน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 11,770,000

คน คิดเป็นร้อยละ 17.77⁸ ผลการสำรวจล่าสุด มีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่แน่นอนติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล คิดเป็นร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย¹¹ ในการที่มีกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอยู่ภายในบ้าน จะทำให้เกิดปัญหาทั้งตัวผู้ป่วย เช่น ภาวะการเกิดโรคแทรกซ้อน การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ปัญหาสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ การดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยนอนติดเตียงเป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีทั้งที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมานอนพักรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งถ้าหากนอนในโรงพยาบาลก็จะมีทีมแพทย์และพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามขั้นตอนทางการแพทย์ แต่สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน บุคคลภายในบ้านจะต้องมีหน้าที่คอยดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงเอง ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะตามมาได้³

สถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการ

ช่วยเหลือระยะยาวด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จากบุคลากรด้านสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอนติดบ้านติดเตียงจากภาวะโรคและสาเหตุต่างๆ ที่ต้องติดตามเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านกว่า 2,453 คน คิดเป็นร้อยละ 4.26 การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง มีความยากลำบากเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง ถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการในโรงพยาบาลมานานแล้ว แต่ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อยมาก⁵ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงเป็นการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล รวมถึงการที่ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและครบวงจรเพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน⁷ และต้องมีการประสานงานกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย^{4,10,12,13} จากการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตตำบลหนองบัวในระยะที่ผ่านมาพบปัญหาที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute care) จนผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายแล้วส่งกลับดูแลต่อที่บ้านเพื่อลดวันนอนและความแออัดในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยบางรายยังต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเพื่อป้องกันความพิการหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างทันที่ ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือเกือบปกติ แต่การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) หรือการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟู (Subacute care) ในชุมชน ยังขาดความชัดเจนและมาตรฐานในการติดตามดูแล 2) มีระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC) แต่ยังขาดระบบบริการที่ชัดเจนครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง กล่าวคือ ยังขาดมาตรฐานและคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน เป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ ขึ้นอยู่กับสมรรถนะส่วนบุคคล 3) ระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ คือ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน มีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล (care giver) ที่ไม่เพียงพอทั้งยังขาดความรู้และทักษะ ขาดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง^{6,14,15,16,18}

ศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู รับผิดชอบพื้นที่เขตตำบลหนองบัว ซึ่งรับผิดชอบ 18 ชุมชน มีประชากรในความรับผิดชอบ 11,243 คน ก่อนทำการศึกษามีผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่รับดูแลต่อเนื่องทุกกลุ่มอายุรวม 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.21 ของประชากรทั้งหมด ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีข้อจำกัดคือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการจัดการอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งในส่วนของ การดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ปัญหาและความต้องการของผู้ให้การดูแล เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้านได้รับการดูแลเป็นอย่างดีเหมือนการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ต้องนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพราะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเตียงเป็นเรื่องที่ลำบากใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายมาก และยังสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 และติดตามศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกโรคทุกกลุ่มวัยที่มี Barthel ADL Index ≤ 11 ทั้งหมด 35 คน ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

นิยามศัพท์

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หมายถึง การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล ดังนี้ 1) มีการวางระบบงานที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สะดวกและเป็นปัจจุบัน มีภาคีเครือข่ายจากชุมชน ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ทีมเยี่ยมบ้านโดย นักสุขภาพครอบครัว ได้แก่ พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว รวมทั้งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและ

เอกชน 3) มีการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ กำหนดเป้าหมายการเยี่ยม วางแผนจำหน่าย และบริหารจัดการทีม 4) ทีมเยี่ยมบ้านมีสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ มีความรู้เรื่องโรค ยา และอาการแทรกซ้อน 5) การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการสร้างผู้ดูแล สร้างทีมภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชน และ อสม. 6) กลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยม กำหนดที่ ADL $\leq$ 11 ทุกกลุ่มวัยและทุกโรคที่มีในพื้นที่ มีข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ง่ายและเป็นปัจจุบัน 7) กระบวนการเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดความถี่ของการเยี่ยมตามมาตรฐานและความจำเป็นเร่งด่วน มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีการประชุมปรึกษาเพื่อร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง 8) มีศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมประสานที่การส่งออกและนำเข้า เพื่อความสะดวกและมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน มีการดูแลต่อเนื่อง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5/20 – 11/20 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี Barthel ADL Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมาทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับ

บ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต ไม่มีโรคทางจิต และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อยู่ในระยะวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้นำแนวคิดเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล (2557) มาใช้ในการ ดำเนินการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output) ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) มาตรฐานเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน 2) ฐานข้อมูล 3) บุคลากร (Family care team: FCT) 4) เครือข่าย คือ ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการ ประยุกต์ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล⁹ ดังนี้ 1) มีการวางระบบงานที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สะดวกและเป็นปัจจุบัน มีภาคีเครือข่ายจากชุมชน ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ทีมเยี่ยมบ้านโดย นักสุขภาพครอบครัว ได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว รวมทั้งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน 3) มีการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาล

วิชาชีพเป็นผู้จัดการ กำหนดเป้าหมายการเยี่ยม วางแผนจำหน่าย และบริหารจัดการทีม 4) ทีมเยี่ยมบ้านมีสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ มีความรู้เรื่องโรค ยา และอาการแทรกซ้อน 5) การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการสร้างผู้ดูแล สร้างทีมภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชน และ อสม. 6) กลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยม กำหนดที่ $ADL \leq 11$ ทุกกลุ่มวัยและทุกโรคที่มีในพื้นที่ มีข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ง่าย และเป็นปัจจุบัน 7) กระบวนการเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดความถี่ของการเยี่ยมตามมาตรฐาน และความจำเป็นเร่งด่วน มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีการประชุมปรึกษาเพื่อร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง 8) มีศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมประสานที่การส่งออกและนำเข้าเพื่อความสะดวกและมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (สำนักการพยาบาล, 2557)

3. ผลลัพธ์ คือ ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์เดิมของระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงเดิม เกี่ยวกับมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน ระบบฐานข้อมูลบุคลากร (Family care team: FCT) และเครือข่าย คือ ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติของระบบดูแลติดบ้านติดเตียง ชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3. บันทึกข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงเดิม

4. ชี้แจงแนวทางปฏิบัติระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงใหม่แก่ผู้เกี่ยวข้องและให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมนักสุขภาพ ครอบครัวของงานบริการสุขภาพชุมชน(ศูนย์แพทย์ชุมชน) ตำบลหนองบัว ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติใหม่

5. จัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนใช้แนวทางปฏิบัติใหม่

6. นิเทศให้คำปรึกษาระหว่างการใช้แนวทางปฏิบัติตามระบบการพัฒนาผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะ รวม 4 ครั้ง

7. ประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เมื่อครบ 3 เดือน จากผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

มากกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียง และลดการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหลัง
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขต

ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัด

หนองบัวลำภู ของการพัฒนากระบวนการ

ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกโรคทุกกลุ่มวัยที่มี

ADL ≤ 11 ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอ

เมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยคำนวณขนาด

กลุ่มศึกษาจากเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

จากการคาดคะเนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน <

5% ควบคุมภาวะโรคและการดูแลตนเองได้

>80 % กำหนดการทดสอบเป็น one –side

ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง

(significance) ที่ 5% และ power 80% ได้

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาทั้งหมด 35 คน

กลุ่มศึกษามีลักษณะตามเกณฑ์

ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มี
ข้อจำกัด ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการ
ผู้ดูแล หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
บางส่วน มีการดูแลต่อเนื่อง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี
Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5/20 – 11/20

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้ป่วย
ที่มี Barthel ADL Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมา
ทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือ
ผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัด

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย
ตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับ
บ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำ
กิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาว
ของช่วงชีวิต

3. ไม่มีโรคทางจิต

4. สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทย

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอยู่ใน
ระยะวิกฤต

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียงในเขตชุมชนตำบลหนองบัว อำเภอ
เมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยประยุกต์ใช้
แนวคิดการพัฒนาจากเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยม
บ้านของสำนักงานพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและแบบ
บันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
ทั้ง 3 ท่าน

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มศึกษา ที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์และ
มีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือ
ในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในใบ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Barthel ADL Index ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 06/2561

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะกลุ่มศึกษา (n= 35)

ลักษณะของกลุ่มศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) เฉลี่ย 63.3 ($\pm$ SD=22.5) ต่ำสุด 18 สูงสุด 94		
เพศ		
ชาย	21	60.0
หญิง	14	40.0
สาเหตุการป่วยติดเตียง		
Brain atrophy	2	5.7
Stroke	9	25.7
Accident	8	22.8
Ageing	23	65.7
Abscess	1	2.9
ไม่มีโรคร่วม	12	34.3

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.3 ปี (SD=22.5) ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 94 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเท่ากับ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีสาเหตุของการป่วยติดเตียงคือ สูงอายุเท่ากับ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่คือสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 วัสดุอุปกรณ์เสริมที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านส่วนใหญ่คือรถเข็น เท่ากับ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 และส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลเท่ากับ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะกลุ่มศึกษา (n= 35) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	23	65.7
Diabetes mellitus	1	2.9
Hypertension	16	45.7
Heart disease	3	8.6
Hyperlipidemia	5	14.3
Gout	6	17.1
Chronic kidney disease	1	2.9
Thyroid	1	2.9
TB spine	1	2.9
วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วย		
ไม่มี	22	62.9
มี	13	37.1
NG tube	2	5.7
TT tube	1	2.9
Foley's catheter	12	34.3
Condom	1	2.9
วัสดุอุปกรณ์เสริมที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน		
ไม่มี	3	8.6
มี	32	91.4
Bed	19	54.3
Air mattress	6	17.1
Suction portable	2	5.7
Oxygen	4	11.4
Wheelchairs	23	65.7
Crutches	5	14.3
Walkers	12	34.3
มีผู้ดูแล		
เป็นสมาชิกครอบครัว	32	91.4
ไม่เป็นสมาชิกครอบครัว	3	8.6

2. ผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติด

บ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว

อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีดังนี้

2.1 มีแนวปฏิบัติของระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2 ระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน โดยประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ผลการติดตามดูแลที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายและสามารถใช้ประโยชน์ได้ต่อเนื่อง

2.3 มีทีมสุขภาพครอบครัว (Family care team: FCT) ได้แก่ พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว รวมทั้งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและ

เอกชน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

2.4 มีเครือข่าย คือ ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

3.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index ก่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเท่ากับ 4.6 คะแนน (SD=2.1) หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 7.2 คะแนน (SD=3.5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน (95%CI: 1.4 - 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี Barthel ADL Index และจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

กลุ่มศึกษา	จำนวน (n)	คะแนน เต็ม	Mean $\pm$ S.D.	ความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย	95%CI	P-value
ก่อนการพัฒนา	35	20	4.6 $\pm$ 2.1	2.6	1.4 -3.6	<0.001
หลังการพัฒนา	35	20	7.2 $\pm$ 3.5			

3.2 ก่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยสมบูรณ์ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย เท่ากับ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 และไม่มีผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

ไม่เป็นภาระพึ่งพา หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลยลดลงเท่ากับ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 มีผู้ป่วยภาวะพึ่งพานกลาง

สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องการ
ความช่วยเหลือบ้าง เพิ่มขึ้น เท่ากับ 11 คน
คิดเป็นร้อยละ 31.4 และมีผู้ป่วยที่ไม่เป็นภาระ
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียง

ดัชนี Barthel ADL Index	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	n	%	n	%
0-4 คะแนน	20	57.1	10	28.6
5-8 คะแนน	13	37.5	10	28.6
9-11 คะแนน	2	5.7	11	31.4
12-20 คะแนน	0	0	4	11.4

3.3 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มี
ภาวะแทรกซ้อนก่อนการพัฒนาระบบดูแล
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเท่ากับ 18 คน คิดเป็น
ร้อยละ 51.4 หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มี
ภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 7 คน คิดเป็นร้อยละ
20 การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ $p=0.005$ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย

ติดบ้านติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนคือ แผลกด
ทับ (bedsore) เท่ากับ 28 คน คิดเป็นร้อยละ
80 รองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบทางเดิน
ปัสสาวะ (Urinary tract infection) เท่ากับ
10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 หลังการพัฒนา
ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า การ
เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง
มากที่สุดรองลงมาคือปอดบวม (pneumonia)
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		p-value
	n	%	n	%	
Complication	28	80.0	7	20.0	0.005
bedsore	28	80.0	7	20.0	
Urinary tract infection	10	28.6	0	0	
pneumonia	1	2.9	0	0	
Joint attachment	1	2.9	1	2.9	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการศึกษาการพัฒนา
ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขต
ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัด
หนองบัวลำภู เป็นไปตามแนวโน้มของ
สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศที่มีการ
เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลัง
เคลื่อนเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย
(Population ageing) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความ
เสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ จะทำให้
พบการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น² ซึ่งมี
ผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่ดี นอนติด
เตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล เพราะช่วยเหลือ
ตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือ
ตนเองได้เลย⁸ ซึ่งผลศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติด
บ้านติดเตียงจำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ย
เท่ากับ 63.3 ปี (SD=22.5) และมีผู้ป่วยที่มี
อายุสูงสุดถึง 94 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่
มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพ
โดยพบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ
ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือด
หัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมอ
เสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล
ช่วยเหลือ^{1,4} ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุของ
การป่วยติดเตียงคือสูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม
คือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการที่มีภาวะการ
เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีหลายปัจจัยที่
เกี่ยวข้องทั้งจากพันธุกรรม พฤติกรรม สรีระ
วิทยาและสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต และมี

เหตุมาจากการเกิดปัญหาเรื้อรังในระบบหัวใจ
และหลอดเลือด^{14,16,17}

การศึกษาลักษณะการพัฒนาระบบดูแล
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของ
คะแนนความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index
หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ จากการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา
ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยส่วน
ใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถ
ทำกิจวัตรประจำวันได้เลย และไม่มีผู้ป่วยที่
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เป็น
ภาระพึ่งพา หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถทำกิจวัตร
ประจำวันได้เลยลดลง มีผู้ป่วยภาวะพึ่งพาปาน
กลาง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เพิ่มขึ้นและมี
ผู้ป่วยที่ไม่เป็นภาระพึ่งพา สามารถทำกิจวัตร
ประจำวันได้เอง สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เป็นการบริการ
พยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล
มาที่บ้านให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้
ที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเอง
ไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหา
สุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ
อย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดยให้บริการ
ทางการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาด
ทักษะ มีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถ
ช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็น
กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล

ตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิต
อยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ⁹ แต่
อย่างไรก็ข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับ
ภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดกับผู้ป่วยติดเตียงที่
พบมากคือแผลกดทับ หลังการพัฒนายังมี
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับคงเดิม ซึ่งผู้วิจัย
ต้องนำผลการศึกษาไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุและ
แนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติด
เตียงอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การคัดกรอง_ประเมินผู้สูงอายุ. 2558.
สืบค้น 5 มกราคม 2561, จาก
[http://agingthai.dms.moph.go.th/
agingthai/download](http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/download).
2. พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ นิสาล นาคกุล และ
วิษญา โรจนรักษ์.สถานการณ์ ปัญหา
และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขต
เทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี | Nursing
Journal of The Ministry of Public
Health. 2016. สืบค้น 27 มีนาคม
2018, จาก [https://tcithaijo.org/index.php/tnaph/article
/view/65677](https://tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/65677)
3. ระพีพร วาโยบุตร และ พิมพา สุตรา . การ
พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วน
ร่วม ของครอบครัวและชุมชน บ้าน
หนองโดน อำเภอเมือง จังหวัด

มหาสารคาม. Journal of Nursing
Division-วารสารกองการพยาบาล
2561, 41(2). สืบค้น จาก
[http://thailand.digitaljournals.org/
tdj/index.php/JND/article/view/3
038](http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/JND/article/view/3038)

4. ศิริรัตน์ ปานอุทัย ทศพร คำผลศิริ และ
ลินจงโปธิบาล. รายงานการวิจัย การ
วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาว
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับ
ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้. คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
; 2553.
5. ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุข
หนองบัวลำภู. ข้อมูลและสถิติ
สาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัด
หนองบัวลำภู. 2560. สืบค้น 5
กุมภาพันธ์ 2561, จาก
<http://www.npo.moph.go.th/#>
6. ศูนย์แพทย์ชุมชน. ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน.
2560. สืบค้น 5 มกราคม 2561, จาก
[http://www.govesite.com/Pccnb/
document.php](http://www.govesite.com/Pccnb/document.php)
7. สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโร
สนธิ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่ม
เสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *Thai Journal
of Nursing Council*; 2557, 29(4),
22–31.
8. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2561. สืบค้น 25
กุมภาพันธ์ 2018, จาก

- <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
9. สำนักงานพยาบาล. เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. 2557. สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2561, จาก http://www.nursing.go.th/Book_nurse/Homevisit/01.pdf
 10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ดึงคนแก่ "ติดบ้าน" ดูแลผู้ป่วย "ติดเตียง" 2558. สืบค้น 25 มกราคม 2018, จาก <https://www.nationalhealth.or.th/node/485>
 11. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. 2558. สืบค้น 27 มีนาคม 2561 จาก <http://env.anamai.moph.go.th/ewtdadmin/ewt/env/download/bkWeb/book/i002.pdf>
 12. Alhuwail, D., Koru, G., & Nahm, E.-S. How Can Home Care Patients and Their Caregivers Better Manage Fall Risks by Leveraging Information Technology? *Journal of patient experience*; 2016, 3(4), 137–144. <https://doi.org/10.1177/2374373517690286>
 13. Carrier, J. *Managing Long-term Conditions and Chronic Illness in Primary Care : A Guide to Good Practice* (Second edition). London: Routledge; 2016.
 14. Daaleman, T. P., & Helton, M. R. *Chronic Illness Care : Principles and Practice*. Cham, Switzerland: Springer; 2018.
 15. Waverijn, G., Heijmans, M., & Groenewegen, P. P. Chronic illness self-management: a mechanism behind the relationship between neighbourhood social capital and health? *European Journal of Public Health*; 2017, 27(4), 594–599. <https://doi.org/10.1093/eurpub/c kw185>
 16. Welch, G. L., & Harrist, A. W. *Family Resilience and Chronic Illness : Interdisciplinary and Translational Perspectives*. Switzerland: Springer; 2016.
 17. WHO | World Health Organization. 2015. สืบค้น 9 มิถุนายน 2018, จาก <http://www.who.int/gho/ncd/en/>
 18. Withnall, A. Learning to Live with Chronic Illness in Later Life: Empowering Myself. *Australian Journal of Adult Learning*; 2017, 57(3), 474–489