



การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

โชคนิตพัฒน์ วิสุญ พย.ม.*

เอมอร ทาระคำ พย.ม.**

(วันรับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 13 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 16 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษาในพื้นที่อำเภอสวรรณภูมิ เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง 60 คน จากผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลทั้งหมด 5 คน และผู้มีส่วนในการดูแล ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลและสหวิชาชีพ 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน ผู้นำชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน 5 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และเพื่อนบ้านผู้ป่วย 10 คน การวิจัยเน้นการปฏิบัติในพื้นที่ มี 2 วรรบๆ ละ 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ของผู้ป่วยติดเตียง 2) วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยผ่านเวทีประชาคม 3) ปฏิบัติตามแผนโดยกำหนดหน้าที่และมอบหมายงานผู้ดูแล 4) ประเมินผล การดำเนินงานจากการทบทวนการทำงานและสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย จากการบันทึกภาคสนาม สันทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้าน ประชาคม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมโดยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 2) การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย จากการสะท้อนข้อมูลปัญหาการดูแลรายกรณี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกกระบวนการ 3) ประเมินผลแนวทางการดูแลผ่านการทบทวนการปฏิบัติและคืนปัญหาให้ชุมชน เพื่อปรับปรุงแนวทางให้เหมาะกับผู้ป่วย หลังจากชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี 4 ส่วน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม 2) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การวางแผนการจำหน่ายแล้วคืนข้อมูลเพื่อวางแผนดูแลในชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ทีมสุขภาพมีทักษะเป็นผู้จัดการรายกรณี

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเตียงไม่มีผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ประสานการตีพิมพ์ Email: chokniti@hotmail.com Tel: 081-5494887



Development of Care Guidelines for Bed-ridden Patients without a Family Caregiver through Community Participation

Choknitiphat Wisoon M.N.S.*

Emon tharakum M.N.S.**

(Received Date: February 17, 2023, Revised Date: March 13, 2023, Accepted Date: March 16, 2023)

Abstract

This action research aimed to develop guidelines for caring for bed-ridden patients living alone at home in the community through community participation in the Suwannaphum District of Roi Et province, Thailand. The study sample of sixty participants included five bed-ridden patients who did not have a family caregiver and fifty-five patient care contributors comprised of a physician, six nurses or other multidisciplinary healthcare team members, five village health workers, five community leaders, twenty village health volunteers, five village caregiver volunteers, three Municipal officials, and ten of the patients' neighbors. This action research's methodology consisted of two cycles, each of which followed four steps that were focused on the practice area's circumstances, specifically: Step 1, assessment of the bed-ridden patients' situations. Step 2, developing a patient care plan and guidelines using a community forum. Step 3, implementation of the patient care plan based on of the role assignments and caregiver guidelines, Step 4, evaluation of the guidelines using after action reviews and reflections based on the care plan's outputs and outcomes. Qualitative data were collected by researcher via field recordings, focus group discussions, in-depth interviews, home visits, the community forum, and direct observations and the data obtained were analyzed using content analysis.

The study found that guidelines for caring for home alone bed-ridden patients in the community through community participation were composed of: 1) comprehensive discharge planning by multidisciplinary care-team partners and community networks; 2) care planning and caring for bedridden patients based case-specific issues and circumstances which take into account the patient's resources, the communities' participation, and the network collaborations across all processes; 3) guideline evaluation using after action reviews and member check processes to provide information regarding the data and results to the participants in order to check the data's accuracy and that it resonates with their experiences in order to improve the guidelines so they are better fit to the community. After the guidelines were implemented, the care situation of the bed-ridden patients living alone in their home in the community has improved in four areas: 1) patients' received good and suitable care; 2) the community was continuously involved in patient care from the start of discharge planning and care-related information was provided to the community to facilitate the care planning by the community; 3) the capacity of the village health workers and village health volunteers to care for the bedridden patients was improved; and 4) the health team had obtained the case management skills to deliver care to the patients based on their specific needs.

Keywords: caring for bedridden patients, home alone bedridden patients, community participation

* Registered nurse (Professional level), Suwannaphum Hospital, Roi Et province

** Advanced practice nurse (Professional level), Head nurse of Pediatric wards, Suwannaphum Hospital

* Corresponding author, Email: chokniti@hotmail.com Tel: 081-5494887



บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.57 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยสัดส่วนผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 79.5 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 19 และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.5¹ กรณีผู้สูงอายุติดสังคม มักไม่ค่อยพบปัญหา แต่การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบปัญหาในการดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัจจุบันมีปัญหการอพยพของวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับบ้านเพียงลำพัง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเมื่อมีอาการกำเริบของโรคแล้วไม่มีคนดูแลช่วยเหลือ ทำให้ได้รับการดูแลรักษาช้าซึ่งมีผลทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้อาการทรุดลง มีความเสี่ยงที่จะเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือเสียชีวิตในที่สุด การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน² ในขณะที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวนลดน้อยลงและอยู่ในวัยทำงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องประสบกับภาวะวิกฤตในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้³ เมื่อผู้สูงอายุป่วยติดเตียงจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะยาว⁴ เริ่มจากการดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การนอนติดเตียงเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁵ เช่น เกิดแผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องจึงต้องใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องร่วมกับความเสียสละของผู้ดูแล ดังนั้นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดคือผู้ดูแล (Caregiver) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลูกหลานหรือญาติอยู่ด้วยมักจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแลจะเป็นปัญหาการดูแลตั้งแต่ตัวบุคคล ครอบครัว จนถึงระดับชุมชนได้ เมื่อมีผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนหน้าที่การดูแลเป็นของครอบครัว และเครือญาติ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแล การดูแลต้องเป็นหน้าที่ของชุมชนเป็นโจทย์ปัญหาให้ชุมชนได้แก้ไข ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากที่จะแก้ไขโดยหน่วยงานเดียว การแก้ไขต้องอาศัยคนในชุมชนที่เข้าใจสภาพปัญหา จึงจำเป็นต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ตั้งแต่การเลือกปัญหาและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองด้วยความเหมาะสม ตามกำลังทรัพยากร และทุนทางสังคมของชุมชน⁶

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการดูแลต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้บริการเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านกับบุคคลเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น⁷ งานการพยาบาลดูแลต่อเนื่องและผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีภารกิจหลักที่สำคัญคือ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านโดยใช้แนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานใกล้เคียงกับในโรงพยาบาลมากที่สุดจากสถิติผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน อำเภอสุพรรณภูมิรายใหม่ในแต่ละปี จาก พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า มีจำนวน 19 18 และ 23 คนตามลำดับ⁸ ปัจจุบันมีจำนวนรวม 257 ราย กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นปัญหาซับซ้อนในการดูแลมากที่สุดคือกลุ่มติดเตียงที่อยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง (Abandon) ขาดผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ปัญหาหน้างาน พบว่าโรงพยาบาลสุพรรณภูมิยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ตามลำพังในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล เป็นปัญหาซับซ้อนทั้งด้านคลินิก และทางด้านสังคมที่ต้องอาศัยการแก้ปัญหาโดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกส่วนในชุมชน

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ขาดคนดูแลในชุมชนผ่านการปฏิบัติจริง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในบริบทพื้นที่สังคมวัฒนธรรมจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผลการศึกษานี้จะได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนในการจัดกิจกรรมการดูแล ที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

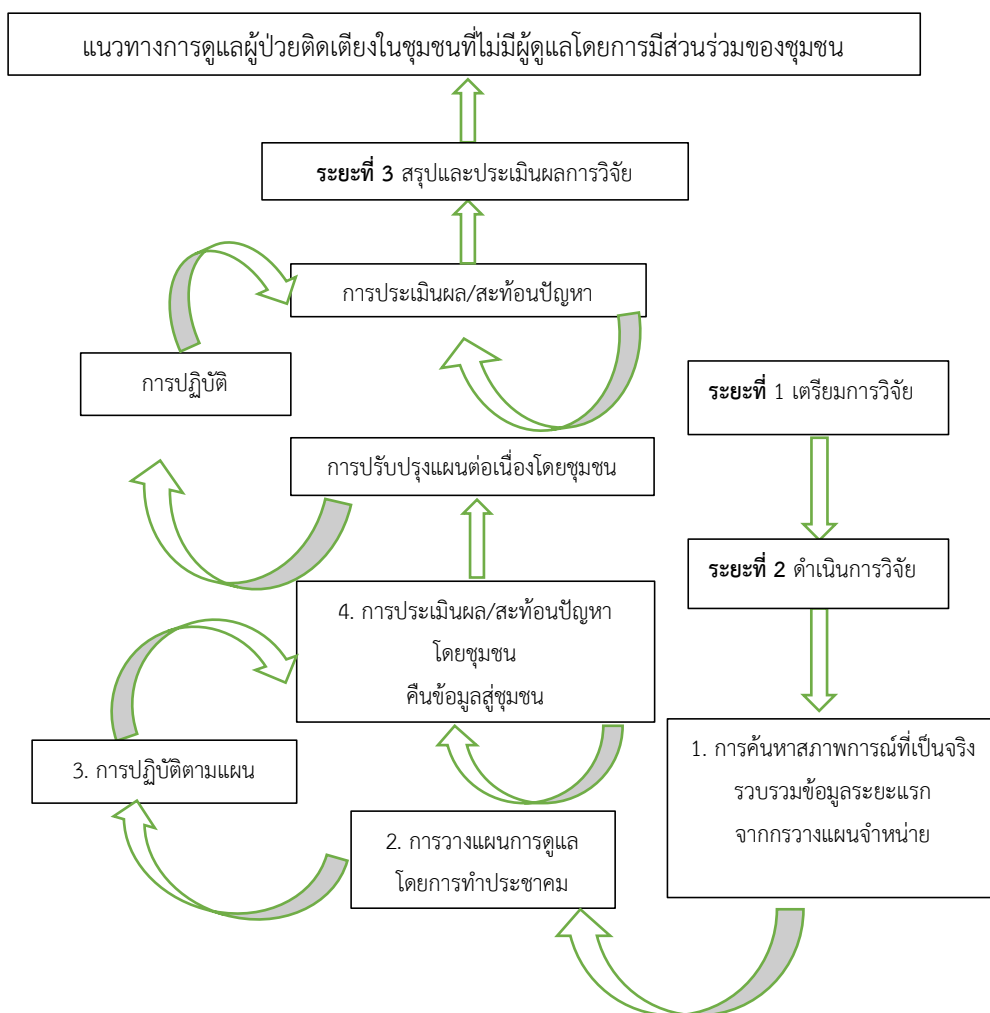


ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยร่วมกับทีมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน และติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน ต่อผู้ป่วย 1 ราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลครั้งนี้ ใช้รูปแบบการพัฒนา ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่องตามขั้นตอนของ Lewin⁹ และ Moule & Goodman¹⁰ ร่วมกับการมีส่วนร่วมในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในชุมชนตามบริบทของชุมชนดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่องตามขั้นตอนของ Lewin⁹ และ Moule & Goodman¹⁰ แต่ละวงรอบประกอบไปด้วย การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง หรือสะท้อนเหตุการณ์ (Fact-finding or reflection) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การประเมินผล (Evaluation) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้



พื้นที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยต้องการเลือกพื้นที่ที่มีผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล ที่จะส่งกลับไปดูแลต่อในชุมชนที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทบทวนสถิติของผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ หลังจากนั้นประสานกับบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ตลอดจนองค์กรเอกชนในอำเภอสุวรรณภูมิ เพื่อค้นหาผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีญาติ หรือผู้ดูแลซึ่งในการศึกษาเบื้องต้นกำหนดไว้ 5 คน จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลกระจายไปในแต่ละตำบล ผู้วิจัยจึงเลือกดำเนินการวิจัยในระดับอำเภอ

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ในการวิจัยนี้ เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัย 8 กลุ่ม ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

- 1) ผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนอยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล 5 คน ที่มีคะแนน Barthel Index for Activity of Daily Living (ADL) อยู่ในช่วง 0-4 เป็นกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้¹¹
- 2) สหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในตีก่อนส่งไปชุมชน 7 คน (แพทย์ 1 พยาบาล 3 นักกายภาพบำบัด 1 โภชนากร 1 นักวิชาการสาธารณสุข 1)
- 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้านที่เป็นรายกรณีศึกษา 5 คน (5 หมู่บ้าน)
- 4) ผู้นำชุมชนจำนวน 5 คน
- 5) อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 4 คนจำนวน 20 คน
- 6) Caregivers: CG (อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในชุมชน) จำนวน 5 คน
- 7) เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 3 คน (3 ตำบล)
- 8) ชาวบ้านที่อยู่หมู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หมู่ละ 2 คน จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือสำคัญในการรวบรวมข้อมูล คือผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีความรู้และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแนวทางที่ใช้รวบรวมข้อมูลที่ต้องการจากผู้ดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลถึงระดับชุมชนและครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง แนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ดังนี้

- 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลผู้ดูแลระดับชุมชนเรื่อง การรับรู้ และทัศนคติของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

- 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยติดเตียง เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรค และความต้องการช่วยเหลือ และสัมภาษณ์อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และความต้องการการช่วยเหลือ

- 3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ใช้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสังคม สิ่งแวดล้อม สภาพบ้านเรือน ปฏิสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของประชากรในชุมชนต่อผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีคนดูแล

4. กระบวนการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย เข้าพื้นที่ศึกษา เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่องตามขั้นตอนของ Lewin⁹ และ Moule & Goodman¹⁰ แต่ละวงจรประกอบไปด้วย

การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง หรือสะท้อนเหตุการณ์ (Fact-finding or reflection) การวิเคราะห์และสะท้อนคิด ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันโดยครั้งแรกจะเป็นทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยติดเตียง และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำความเข้าใจข้อมูล อภิปรายร่วมกับทีมผู้ดูแลในชุมชน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว นำข้อมูลไปอภิปรายในการดำเนินการสนทนากลุ่ม กับผู้ดูแลระดับชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน และร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ความเหมือนหรือความต่างของปัญหา โดยปัญหาใดที่คล้ายคลึงกันผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะยุบรวม ปัญหาที่ต่างกันแยกออกมา หลังจากนั้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำสู่การวางแผนการดูแลต่อไป

การวางแผน (Planning) จัดทำแผนแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญ จากปัญหาการดูแลที่ได้จากการวางแผน จำหน่ายนำเสนอต่อประชาชนในเวทีประชาคมหมู่บ้าน เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ และความเข้าใจในการดำเนินการ ร่วมกัน



จัดทำแผนการดูแล พร้อมนำเสนอในเวทีประชาคม พบว่า ประชาชนในชุมชนสนับสนุนให้ดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลได้

การปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติการตามแผนซึ่งเป็นกิจกรรมใหม่ในการดำเนินการในชุมชน ได้แก่ การวางตัวผู้ดูแลหลัก การจัดอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเยี่ยมบ้าน ประเมินการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล

การประเมินผล (Evaluation) หรือ สะท้อนการปฏิบัติ ได้ประเมินการดำเนินงานชุมชน 2 ครั้ง ครั้งแรก ดำเนินงานตามแผน 1 เดือน เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานที่กำหนด ซึ่งเป็นไปตามรูปเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการแล้วสะท้อนคิด (Reflect) การประเมินผลการดำเนินงาน กระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้วิจัยได้ร่วมสนทนากลุ่มเปลี่ยนข้อมูลและพบปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินงาน จึงนำข้อมูลเหล่านั้นเสนอ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในการประชุมกลุ่มผู้ดูแลระดับชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาล้วนแล้วนำเสนอต่อชุมชนเพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลครั้งที่ 2 เป็นการประเมินผลสรุปรวมที่ได้จากการปฏิบัติ ในการประเมินผลสรุปรวมเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนแล้ววนรอบจนกว่าจะได้แนวทางการปฏิบัติที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผล ใช้วิธีการประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน และประเมินผลสรุปรวม

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม (Field notes) จากการสังเกต การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ หรือบรรยายเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น ขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้าน การประชุมประชาคม และกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนตลอดการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ¹⁰ วิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมจากการบันทึกภาคสนาม จากการวางแผนการจำหน่าย สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม นำข้อมูลมากำหนดรหัสแล้วจัดกลุ่มตามประเภทข้อมูล เชื่อมโยงรหัสข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะรูปเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจะสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละระยะของวงจร โดยเฉพาะในช่วงระยะประเมินผล เพื่อนำสู่การปรับแผนการดำเนินงานของวงจรต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0382565 การดำเนินการวิจัยได้ยึดหลักการดูแลผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เนื่องจากการศึกษาเรื่องนี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต้องมีการให้ยา ให้อาหารทางสายยาง ทำแผล ทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลต้องเข้าไปดูแลในบ้านของผู้ป่วย ดังนั้น การยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จึงเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการรักษาความลับ ไม่ระบุตัวตน (Anonymous) และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

สภาพทั่วไปของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 ราย มีโรคจิตเภทร่วม 2 ราย มีแผลจากการหกล้ม 1 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 5 รายอยู่บ้านคนเดียวและไม่มีผู้ดูแลประจำที่บ้าน ผลการดำเนินการตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย เข้าพื้นที่ศึกษา เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1) การเข้าพื้นที่ศึกษา ในฐานะที่เป็นพยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบหลักระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการประสานงาน และการสร้างสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญมาก ผู้วิจัยจึงประสานกับผู้ใหญ่บ้าน และ



ผู้อำนวยการ รพ.สต. หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ผู้วิจัยเคยร่วมงานกันมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตอย่างไม่เป็นทางการในการเข้าพื้นที่ดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นจึงส่งจดหมายอย่างเป็นทางการ ถึงผู้ใหญ่บ้าน ในการขออนุญาตดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการ และส่งสำเนาให้ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เพราะเป็นผู้บังคับบัญชาของผู้ผู้อำนวยการ รพ.สต. และถึงผู้อำนวยการ รพ.สต. และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาล

2) การเลือกผู้ดำเนินการวิจัย และการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.1) กลุ่มผู้ดูแลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการค้นหาปัญหาที่ส่งต่อ 2.2) กลุ่มผู้ดูแลระดับชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยประจำหมู่บ้าน (Caregivers) เพื่อนบ้านใกล้เคียงกับผู้ป่วยติดเตียง ประสานกับผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในการนัดหมายเพื่อประชุมประชาชนในหมู่บ้านค้นหาข้อมูลชี้แจงปัญหาและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่จะส่งกลับชุมชน หลังจากนั้น ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินโครงการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ผู้สนใจสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และลงนามยินยอม

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ปรับปรุง 2 วงรอบจนได้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลดังนี้

วงรอบที่ 1. การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง จากการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) จากการสนทนากลุ่มวางแผนการจำหน่ายส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน หลังจากนั้นผู้ดูแลในระดับชุมชนได้รวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากการยกมือสนับสนุน ปัญหาทั้งหมด คือความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน หลังจากได้ปัญหาแล้ว ก็ประชุมทีมดูแลในชุมชนเพื่อนำเสนอข้อมูลและวางแผนการดูแลต่อไป

วางแผน โดยนำปัญหาที่ได้จากการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อค้นหาข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จากนั้นผู้นำชุมชนนำข้อมูลที่ไปจัดทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อค้นหาข้อมูลปัญหาผู้ป่วยและหาแนวทางการดูแลจากปัญหา ร่วมกับทีมสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

ปฏิบัติตามแผน โดยการทำแผนปฏิบัติการจากมติการทำประชาคม ทำเป็นแนวทางปฏิบัติ แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Care plan) แต่ละแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายมีกลวิธีที่สำคัญตามแต่ละปัญหา

สะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผล ใช้วิธีการประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน และประเมินผลสรุปรวมจากการประเมินผลครั้งแรก หลังการดำเนินงานตามแผน 1 เดือน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหา แผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และผลการปฏิบัติ

ปัญหา (F1)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P1)	การปฏิบัติตามแผน (A1)	ผลการปฏิบัติ (E1)
1. ผู้ป่วยติดเตียงไม่มีผู้ดูแล ส่งกลับชุมชน ต้องได้รับการ ดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ดูแลให้ได้รับยาและอาหาร เฝ้าระวังแผลกดทับ การทำ กายภาพบำบัด และการทำแผล	ประชาคม หมู่บ้าน จัดทำแผนการดูแล ผู้ป่วยรายบุคคล	-พยาบาลงานดูแลต่อเนื่องชี้แจง แผนการดูแลกับทีมดูแลทั้งหมด -ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับ มอบหมายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตาม แผนการดูแลรายบุคคล -ผู้นำ ภาควิชาเครือข่าย ร่วมวางแผน การดูแล ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน	ได้แผนการดูแลผู้ป่วย รายบุคคลทั้ง 5 ราย อาสาสมัครสาธารณสุข CG ทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยตามแผนการ ดูแลได้ ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลครบถ้วน



ปัญหา (F1)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P1)	การปฏิบัติตามแผน (A1)	ผลการปฏิบัติ (E1)
2. ผู้ดูแลที่บ้านไม่มี จะให้ใคร เป็นผู้ดูแล ต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแล อย่างไร	- แผนปฏิบัติการ มอบหมายงาน อาสาสมัครสาธารณสุข และ CG เข้าปฏิบัติ หน้าที่	1) ให้ CG เป็นผู้ดูแลหลักตามแผน การดูแล 2) อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ดูแล กิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ อาบน้ำ จัดเตรียมอาหาร จัดยาให้ตามเวลา ทำ กายภาพบำบัด 3) ทีมผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน ช่วยเหลือทีมอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีติดภารกิจ 4) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแล ต่อเนื่อง กับจนท.สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ หมู่บ้าน เป็นผู้จัดการรายการกรณี ประเมินการปฏิบัติงาน และภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5) ทีมสหวิชาชีพจัดอบรม แนะนำ การดูแลผู้ป่วยให้กับ อาสาสมัคร สาธารณสุข และ CG เพิ่มเติม ติดตาม ประเมินผลการดูแลเป็นระยะทุก 2 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย	- CG ดูแลผู้ป่วยทุกวัน ตามแผน - อาสาสมัครสาธารณสุข ทุกคนในหมู่บ้านมาช่วย กันจัดทำตารางเวร วันละ 2 คน ช่วยดูแล ทำ กิจกรรม ช่วง เช้า เย็น
	- แผนพัฒนาทักษะการ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง สำหรับ อาสาสมัคร สาธารณสุขและ CG	- จัดอบรม CG และ อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้ดูแลคนไข้ติดเตียง โดย พยาบาลงานดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีม สหวิชาชีพ ของโรงพยาบาล พร้อมกับ ฝึกปฏิบัติจริง	จัดอบรม 2 รุ่น ผ่าน การประเมิน หลังอบรม ทุกคน
3. สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ไม่เหมาะสม และไม่มี บ้าน 1 ราย	- แผนขอสนับสนุน สร้างที่อยู่อาศัย เสนอ องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น	ทีมผู้นำทำแผนเสนอขอความช่วยเหลือ ไปเทศบาล และ งานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ของอำเภอ ช่วย เรื่องที่อยู่อาศัย	แผนได้รับการอนุมัติทีม ช่างเทศบาลมาสร้างที่พัก ให้ 1 หลัง
	- แผนปรับปรุงภูมิทัศน์ ที่อยู่อาศัยผู้ป่วยติด เตียง	ระดมแรงจากชาวบ้าน และช่างจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขอ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ปูน หิน ทราย จากผู้ประสงค์จะทำบุญบริจาค ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมตาม คำแนะนำนักกายภาพบำบัด	ปรับปรุงสภาพห้องน้ำ 2 แห่ง ทำราวไม้ไผ่สำหรับจับ เดิน ให้ 3 แห่ง ปรับพื้นที่ทำความสะอาด 4 แห่ง



ปัญหา (F1)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P1)	การปฏิบัติตามแผน (A1)	ผลการปฏิบัติ (E1)
4. ไม่มีค่าใช้จ่าย ในการจัดซื้อ เครื่องอุปโภค บริโภคที่ จำเป็นในการดำรงชีพของ ผู้ป่วย อาหารในแต่ละมื้อ ผ้าอ้อม รวมถึงค่าตอบแทน ผู้ดูแล	- แผนเบิกจ่ายกองทุน บริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ค่าตอบแทน CG และ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และ รพ.สต.ในเขตผู้ป่วย รับผิดชอบใน การจัดทำเอกสารเบิกจ่ายค่าตอบแทน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ได้จ่ายเงิน เป็น ค่าตอบแทน CG เกลี่ย งบประมาณบางส่วนจาก ผู้ป่วยที่มีญาติดูแลมา ช่วยเป็นค่าอาหารผู้ป่วย ติดเตียงที่ไม่มีคนดูแล
	- แผนเบิกจ่าย ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ติดเตียง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เบิกจ่ายงบ ประจำเดือนให้ผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้พิการ	รวบรวมงบ จาก ทุก ช่องทาง มาเป็นค่าใช้จ่าย ในการดูแล

หลังจากดำเนินการได้ 1 เดือน ได้มีการประเมินผล และสะท้อนกลับการทำงาน พบว่ายังมีปัญหาในการดูแล
บางส่วน โดยเฉพาะ การจัดอาสาสมัครเข้าไปดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน การปรับพื้นที่อยู่อาศัยยังไม่เหมาะสม รวมไปถึงการจัดสร
งงบประมาณในการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุม จึงนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาต่อเป็นวงรอบที่ 2 ต่อไป

วงรอบที่ 2 จากการสะท้อนผลการประเมินการปฏิบัติงาน ในรอบที่ 1 หลังจากผ่านไป 1 เดือน พบว่า ยังมีสิ่งที่ต้อง
แก้ไขในแต่ละปัญหา ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหา แผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และผลการปฏิบัติ (รอบที่ 2)

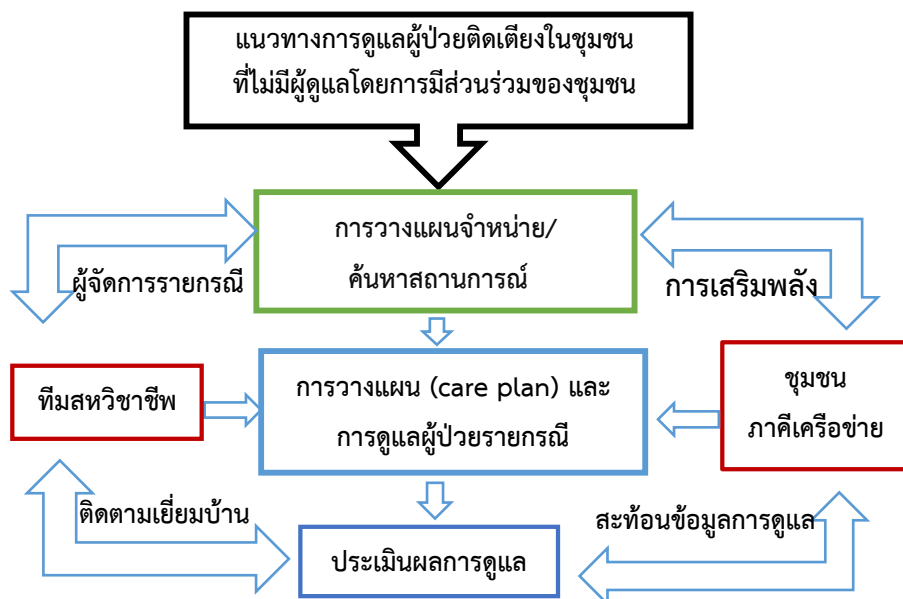
ปัญหา (F2)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P2)	การปฏิบัติตามแผน (A2)	ผลการปฏิบัติ (E2)
1. แผนการดูแลเฉพาะ รายบุคคล ไม่ครอบคลุม 3 คน	แผนการดูแลผู้ป่วย รายบุคคลปรับใหม่ 3 ราย เป็นผู้ป่วยระยะ ท้าย แบบ ประคับ ประคอง	พยาบาลงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มาร่วมชี้แจงแนวทางการดูแลที่บ้าน การให้ ออกซิเจน และการดูแลหลัง ให้ มอร์ฟิน เปิดเทปธรรมให้ฟังใน ช่วงเวลาอนพัก	หลังปรับแผนการดูแล แล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข และ CG ปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้ดี
2. จำนวน อาสาสมัคร สาธารณสุขที่จัดเข้าไปดูแล คนไข้ วันละ 2 คน ไม่ เพียงพอในการดูแลคนไข้ที่มี อาการทางจิตเวชร่วมด้วย	ทำแผนปรับจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข ในการเข้าไปดูแลคนไข้ เพิ่ม	จัด อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ชาย เข้าร่วมด้วย 1 คน เป็นวันละ 3 คน ในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการ ทางจิต	อาสาสมัครสาธารณสุข เข้าไปดูแลได้ตามแผน
3. การปรับพื้นที่ไม่เหมาะสม กับสภาพแวดล้อมคนไข้ 2 ราย	- แผนปรับปรุงภูมิทัศน์ ที่อยู่อาศัยผู้ป่วยติด เตียง รอบที่ 2	ระดมแรงงานชาวบ้าน ช่วยปรับ พื้นที่ภายใต้คำแนะนำจากนัก กายภาพบำบัด 2 ราย	ปรับพื้นที่เพิ่มเติมได้อีก 2 แห่ง พร้อมรื้อจับยึดเดิม
4. การของบประมาณต้อง เสนอแผนก่อนปี งบประมาณ ไม่เข้าใจแนวทางในการ เบิกจ่ายงบประมาณกับ	- แผนเบิกจ่ายกองทุน LTC ค่าตอบแทน CG และผ้าอ้อมผู้ใหญ่	- ดำเนินการทำแผนส่ง องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ เพื่อให้ทันแผน	- ส่งแผนทันการจัดทำ งบประมาณ ปีต่อไป - มีแนวทางการจัดทำ เบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับ



ปัญหา (F2)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P2)	การปฏิบัติตามแผน (A2)	ผลการปฏิบัติ (E2)
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเคารพสิทธิผู้ป่วยใน การเปิดเผยข้อมูลเพื่อขอรับ บริการ		งบประมาณประจำปี องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น - จัดทำแนวทางการเบิกจ่าย งบประมาณงาน LTC สำหรับผู้ป่วย ติดเตียง	กองทุน LTC เป็นแนว เดียวกันทำให้เบิกจ่ายง่ายขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล และสะท้อนกลับการดำเนินงาน ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- 1) ผู้ป่วย ได้รับการดูแลเหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ผู้ป่วย 2 ราย อาการดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยอีก 3 ราย เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และฉาปนกิจศพตามประเพณีของชุมชนโดยชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ
- 2) ผู้ดูแลในชุมชน CG และ อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลในชุมชน สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 3) ผู้นำชุมชน และเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนได้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลตั้งแต่การวางแผนการจำหน่าย การทำแผนการดูแลและการติดตามผลการดูแล เข้าใจบทบาทและแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีญาติ การบริหารงบประมาณให้เหมาะสมเพียงพอ
- 4) ทีมสหวิชาชีพ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเป็นผู้จัดการรายกรณี และวิทยาการในการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลในชุมชน
แนวทางการดูแลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการวิจัยแสดงเป็นแผนภูมิได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



การอภิปรายผล

จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนผู้ป่วย 5 ราย ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ทุกขั้นตอนการดำเนินการ โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาผู้ป่วยจากการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน แล้วส่งต่อคืนข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล และประเมินผล สะท้อนปัญหาหลังการดูแลในชุมชนและใช้กระบวนการชุมชนในการปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดูแล พบว่ามีประเด็นที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จดังนี้

1) กระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็นเครื่องมือที่สำคัญมากที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹³ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของครอบครัวและชุมชน ความต้องการพึ่งพาของผู้ป่วย⁷ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้ง 5 ราย ได้มีการวางแผนจำหน่ายหลายรอบทำให้ค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้านโดยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีญาติหรือผู้ดูแลได้ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชไมพร บัวพิน และคณะ¹⁴ เรื่องประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของอัญชลี ปัญญาดี และคณะ¹⁵ เรื่องการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับที่ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล และการศึกษาของ บรรจง จาตบุญนา¹⁶ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ซึ่งพบว่ากระบวนการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสม

2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน การมีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ค้นหาปัญหา การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การเสียสละเวลามาดูแลผู้ป่วยติดเตียง การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย สะท้อนกลับปัญหาการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายการดูแลในชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข CG ประชาชนทั่วไป รวมถึง องค์กรเอกชนต่างๆ ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของ ศิริประภา หล้าสิงห์ และคณะ¹⁷ การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ของ นิลาภา จิระรัตนวรรณ และคณะ¹⁸ การศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของสุสารี ประคินกิจ และคณะ¹⁹ การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ของนิศาชล นาคกุล²⁰ และ การศึกษา ในเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ของ พิสมัย บุญเลิศ และคณะ²¹ ที่แสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน รวมถึงการดูแลสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ดูแลครอบครัว และดูแลชุมชน โดยชุมชนเอง

3) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลในชุมชน ในขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องมีคนที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จากการกระบวนการพัฒนาจะเห็นว่า ทีมดูแลในชุมชนมีความรู้และทักษะที่ต่างกัน การพัฒนาศักยภาพทีมดูแลจึงจำเป็นมาก เพื่อให้มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ตรงกัน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เข้าใจผู้ป่วยเหมือนกัน ทำให้สามารถดูแลและส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยมีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรกร วนะรักษ์²² เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดพังงา การศึกษาของ จันทรเพ็ญ ประโยงค์ และคณะ²³ เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน การศึกษาของ นิศาชล นาคกุล²⁰ เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี และการศึกษาของ พิสมัย บุญเลิศ และคณะ²¹ ในเรื่องการพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะหรัง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้กับ ผู้ดูแล และ อาสาสมัคร สาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างมากเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนได้รับการดูแล ที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4) ทักษะการเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน และ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน เป็นส่วนสำคัญอีกประการที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย ติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแล โดยพยาบาลต้องรับบทบาทผู้จัดการระบบบริการที่บ้าน โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ วางแผน กำหนดทิศทาง ติดตามควบคุมกำกับ และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยร่วมจัดบริการดูแลสุขภาพ ครอบคลุม บุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน⁵ ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อสนับสนุนองค์ความรู้ ข้อมูลที่เป็นหลัก วิชาการที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเตียง ติดตามการดูแลต่อเนื่อง ประเมินผลการดูแล เชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยจาก ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกับการดูแลของผู้ดูแลในชุมชนและปัจจัยต่าง ๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงใน ชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของสารสิน กิตติไพวณนธ์ และ รัตนภรณ์ ประชากุล²⁴ เรื่องรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น และการศึกษาของ อัญชลี ปัญญาดี และคณะ¹⁵ เรื่องการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อน จากผลกดทับระดับที่ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ที่แสดงให้เห็นว่า ทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษา การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการศึกษาแหล่งที่มาและการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาหาร ผ้าอ้อม รวมทั้ง ค่าตอบแทนผู้ดูแลกลุ่มต่าง ๆ
2. นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน และ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
3. การนำแนวทางที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการตัดสินใจร่วมกัน ในชุมชน ผู้ป่วยทั้ง 5 รายไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการศึกษา แนวทางการดูแลผู้ป่วยอาจเหมาะสมกับพื้นที่ ตามบริบทที่คล้ายกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

1. National Statistical Office [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> (in Thai)



2. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K, Impact and burden of long-term care for the elderly under Thai culture. [internet]. 2014 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535>. (in Thai)
3. The Thai Red Cross Society. Elderly Care. Bangkok: Panyamit publisher; 2016. (in Thai)
4. The Thai Elderly's Health Survey, under the Health Promotion Program for the Elderly and the Disabled. 1st ed. Health Elderly Health Group Ministry of Public Health Bangkok: Printing PP Watcharin; 2013. (in Thai)
5. Wilaiwan T. Editor. The Art and Science of Nursing for elderly. 1st ed. Textbook Project Faculty of Nursing Chiang Mai University. Bangkok: 2011. (in Thai)
6. Chomnirat W. Community Participation: From Concept to Community Health Development. Khon Kaen: Clungnanawitaya publisher; 2021. (in Thai)
7. Nursing Division. Home Ward. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand publisher; 2013. (in Thai)
8. National Health Security Office [internet] 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public/cp-report-pb/> (in Thai)
9. Lewin K. Action research and minority problem. J Soc Issues. 1946; 2(4):34-46.
10. Moule P, Goodman M. Nursing research: An introduction. 2nded. London: Sage Publications; 2014.
11. The Committee developed a screening and assessment tool for geriatric health. Geriatric Health Screening and Assessment Guide. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
12. Nilvarangkul K. Action research for the nursing profession. Khon Kaen: Clungnanawitaya publisher; 2015. (in Thai)
13. Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation). Hospital and healthcare standard. 4thed. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation); 2018. (in Thai)
14. Buapin C, Julamad P, Pisitpitatana N. Effects of a clinical nursing practice guideline for discharge planning on the quality of life of elderly stroke survivors. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(1):51-62. (in Thai)
15. Panyadee U, Phongsirisaen H, Sidthilaw S, Intayos H. Reflection on lesson learned from care of the abandoned bedridden patient with pressure ulcer grade 3-4 complication. Journal of Phrae Public Health for Development. 2021;1(1):63-76. (in Thai)
16. Jadnoonnak B. Development of transitional care program for bedridden elderly patients from hospital to home care. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(3):63-71. (in Thai)
17. Lasing S, Glangkarn S, Tongsiri S. Improving quality of life for the elderly by community participation. Academic Journal of Community Public Health. 2020;6(2):29-40. (in Thai)
18. Jirarattanawanna N, Wattanaamorn S, Ratsamepong S. Community participation in health promotion. Mahachula Academic Journal. 2019;6(supp1):S365-81. (in Thai)
19. Prakhinkit S, Renold J, Songsiri O. Development of mental health promotion model in community by participatory action research process: case study of a community in Bangkok. APHEIT Journal 2019; 8(1):7-17. (in Thai)



20. Nakkul N. The development of a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani municipality. *Nursing Journal of ministry of Public Health*. 2018;28(3): 36-50. (in Thai)
21. Boonles P, Proarak T, Thaewpia S. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. *Journal of the office of Department of Diseaes Control 7 Khon kaen*. 2016;23(2):79-87. (in Thai)
22. Wanarak J. Care model development for the home-bound elderly and the bedridden by participation of The Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital in Phang-Nga Province. *Journal of Health Science*. 2021;30(2):285-94. (in Thai)
23. Prayong C, Chaipasop P, Munjaiwong D. Development of care model for patients with chronic disease by community participation in Banthi District Lamphun Province. *Journal of Health Science*. 2020;29(5): 803-12. (in Thai)
24. Kittiphovanonth S, Prachakul R. Palliative care model with case management and participation of multidisciplinary teams health network Waengyai District, Khon Kaen province. *Journal of Health and Enviromental Education*. 2022;7(4):64-74. (in Thai)