การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Continuity of Care Model with Community Participation for Bed Bound Elderly at Muang Roi-Et

ปิยพร ศรีพนมเขต*

Piyaporn Sripnomket

Corresponding author: E-mail: Piyapron744@gmail.com

(Received: July 28, 2023; Revised: August 3, 2023; Accepted: August 31, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน และผู้สูงอายุติดเตียง ที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจำนวน 7 คน ญาติหรือผู้ดูแล 7 คน ภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน 7 คน และผู้นำชุมชน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 35 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – เดือนสิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการมีส่วนร่วม แบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย 6 ขั้นการพัฒนารูปแบบ 5P1E คือ 1) P : Prepare ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหา 2) P : Policy นโยบายวัตถุประสงค์ 3) P: Project กิจกรรม 4) P: Process จัดระบบบริการต่อเนื่อง จัดการความรู้ 5) P: Participation บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน 1E: Evaluation ติดตามประเมินผลพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหลังการฝึกอบรม พบว่า (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($p<.004$) (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากกว่า 80.00% และ (3) ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 2 ราย (28.60%) และระดับปานกลางจำนวน 5 ราย (71.40%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเลย ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจทักษะการดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่อง; ผู้สูงอายุติดเตียง; การมีส่วนร่วม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To development of continuity of care model with community participation for bed bound elderly at Muang Roi-Et.

Study design : Action research design.

Materials and Methods : We obtained 35 from the key informants;13 were professional nurses, were 7 bed bound elderlieswho needed assistance in daily activities, were 7 relatives or careers, and were 7 community network partners who were community health volunteers, one person per community.The period of operation was from October, 2022 to August, 2023. Data were collected using the interview questionnaire, questions for group discussions participation observation form activity record form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

Main findings : A model of continuous care with community participation for bed bound elderly, Six were processes 5P1E model were divided in 1) P : Prepare 2) P : Policy 3) P: Project 4) P: Process 5) P: Participation 1E: Evaluation. And after intervention, it was found that (1) caregivers had a higher mean score of knowledge and understanding about caring for bed bound elderlies than before training ($p<.004$); (2) The mean score of caring skills for bed bound elderlies were more than 80% and (3) Twobed bound elderlieshad good quality of life, representing 28.60 % and 5 moderate cases, representing 71.40%. However, it was noteworthy that none of bed bound elderlies had poor quality of life. In terms of community participation, knowledge, attitude and overall practice in elderly health care were at a high level.

Conclusion and recommendations : The results of this research, it resulted in subject group having knowledge, understanding, caring skills, and bed bound elderlies had a better quality of life.

Keywords : Continuing Care; Bed Bound Elderly; Participation

*Registered Nurse Professional Level, Roi-Et Hospital.

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลประชากรโลกในปัจจุบันและอนาคตได้มีการคาดการณ์ว่าจะเป็นโลกของผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรโลกจะมีอายุยืนยาวขึ้นและมีอัตราการเกิดน้อยลง ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าจะมีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปีค.ศ. 2050 ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชน ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา มีแนวโน้มที่จะขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาของการเป็นผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้ จะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงตามมา เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัย การเกิดโรคเรื้อรังและเกิดความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ จนกระทั่งนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิง โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2568 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเกิดปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพคือ ปัญหาความยากจนและการมีรายได้น้อย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การเข้ารับบริการทางการแพทย์ลดลงและมีผลต่อภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุในที่สุด ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กล่าวมา จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกใน ปีค.ศ. 2004 พบว่าจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุและจำนวนอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้นดังกล่าว สำหรับประเทศไทยอัตราการพึ่งพิงในปีค.ศ.2000 จาก 14.30 จะเพิ่มเป็น 17.60 ในปีค.ศ. 2010 และ 24.60 ในปีค.ศ. 2020 ตามลำดับ[1]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 820 เตียง มีศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิมีระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและระบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านในปีพ.ศ. 2563 – 2565 มีแนวโน้มสูงขึ้นจำนวน 1,193, 1,327 และ 1,081 คน ตามลำดับ โดยเฉพาะในปีพ.ศ. 2565 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 354 คน (32.78%) รองลงมาคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 223 คน (22.25%)[2] การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประเภท 3 (กลุ่มติดเตียง) Barthel Activities of Daily Living, ADL) 0-4 คะแนน ร่วมกับมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้บริบทการดูแลผู้ป่วยชุมชนเปลี่ยนไป มีความซับซ้อนในการดูแลเพิ่มมากขึ้นต้องจัดการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ข้อมูลและอุปกรณ์การแพทย์ หากไม่จัดรูปแบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มภาระรับผิดชอบของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และหกล้ม ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนปี พ.ศ.2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 9.81, 15.52 และ 14.64 ตามลำดับ รวมทั้งการดำเนินโรคที่แย่ลงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลการลดลงของ ADL ปีพ.ศ.2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 51, 35 และ 34 ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าในพื้นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้างานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กระบวนการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทอันจะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

พื้นที่ในการวิจัย 7 ชุมชนเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพ

ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และ 3) ระยะการประเมินผล ดังรายละเอียดต่อนี้

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการได้แก่ (1) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 7 คน (2) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบฯเป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จำนวน 7 คน กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน หัวหน้าเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัยจำนวน 13 คน ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 7 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 7 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 7 คน และผู้นำชุมชนที่สนับสนุนจำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 35 คน และ (3) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทดลองได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้านโภชนาการ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ระบบขับถ่าย การเคลื่อนไหว ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักจากหน่วยงานต่างๆ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล หน่วยงานเทศบาล และด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข (Care giver) และเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด (2) แนวทางการสนทนากลุ่มย่อยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และ (3) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ใช้รวบรวมข้อมูลสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ประเด็นเกี่ยวกับการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ คือ (1) ผู้วิจัยสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และญาติผู้ดูแล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คู่ และ (2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจปัญหาไปวิเคราะห์ต่อ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ตุลาคม 2565 - เมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรและความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ใช้ความถี่ ร้อยละ และ (2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลกิจวัตร ด้านระบบขับถ่ายด้านการเคลื่อนไหว และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2) ระยะดำเนินการพัฒนา (พฤษภาคม – สิงหาคม 2566)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น (1) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องมีดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จำนวน 7 คน กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน หัวหน้าเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย จำนวน 13 คน ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 7 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 7 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 7 คน และผู้นำชุมชนที่สนับสนุนจำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI)[3] แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI[4]

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ (1) แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็นแบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ ที่สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barhtel เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดิน ขึ้นลงบันไดโดยมีคะแนน 0-20 คะแนน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงนำมาใช้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient = 0.76 และ (2) แบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูก-ผิด 2 ตัวเลือก (3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นแบบประเมินทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามกิจกรรมที่ได้ฝึกอบรมไปแล้ว เพื่อวัดทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามจุดประสงค์และเนื้อหาบทเรียน และ (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL--BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตนิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริษัททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ได้ทำการพัฒนาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดในหมวด 24 และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถามหลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ในระยะก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนัดประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพอาสาสมัครครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการฯ วิธีการฝึกปฏิบัติกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมถึงการประเมินผล ระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินการ (2) ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมภาคทฤษฎี โดยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 วัน พร้อมประเมินผลความรู้ (3) ทำการฝึกอบรมภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงเป็นเวลา 1 วันและฝึกจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ พร้อมประเมินทักษะ (4) ดำเนินการจริงตามกระบวนการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ (5) ระยะสิ้นสุดกระบวนการผู้วิจัยสรุปผลและประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยสถิติตามลักษณะของข้อมูลแต่ละส่วน ความรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงฯ โดยการทดสอบความรู้ก่อน-หลังอบรม ใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง และสถิติทดสอบ Paired t-test

3) ระยะการประเมินผล (พฤษภาคม 2566 – สิงหาคม 2566) การประเมินผลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ในแต่ละวงจร ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการ

ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพัฒนา ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล สมรรถนะความรู้ ทักษะของญาติและผู้ดูแลทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยระยะประเมินผล คือ (1) แนวทางการสนทนาลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนา (2) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และ (3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกต การสนทนาอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ รวมทั้งการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลผู้วิจัยจะนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านประกอบด้วย.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 3 คน เพื่อหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI=0.84) ผู้วิจัยจะนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา) Content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะการพรรณนาความ (Descriptive)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผ่านจริยธรรมเลขที่ RE 049/2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรพบว่า 1) กลุ่มวางแผนพัฒนาทั้งหมด 13 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40-46 ปี (SD= 5.10) รับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คน (100.00%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ผ่านการอบรมการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 13 คน (100.00%) 2) ผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งหมด 7 คนส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 6 คน (85.71%) อายุเฉลี่ย 74.28 ปี (SD.=8.40) อายุต่ำสุด 61 ปี อายุสูงสุด 84 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 4 คน (57.14%) เป็นผู้สูงอายุติดเตียงมาแล้วเฉลี่ย 2.14 ปี (SD.=1.46) ผู้สูงอายุมีสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง จำนวน 4 ราย (57.14%) มีสมาชิกครอบครัวเฉลี่ย 3 คน (SD.=0.82) และมีผู้ดูแลหลักเฉลี่ย 1 คน (SD.= 0.53) 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 4 คน (57.14%) อายุเฉลี่ย 58.42 ปี (SD.=13.04) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 4 คน (57.14%) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 7 คน (100.00%) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 6 คน (85.71%) สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง จำนวน 4 คน (57.14%) ความสัมพันธ์เป็นภรรยาจำนวน 2 คน สามี 1 คน ลูก 1 คน หลาน 1 คน น้องสาว 1 คน และญาติ 1 คน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 22.86 ชั่วโมง (SD.=3.02) อาชีพเดิมของผู้ดูแลรับจ้าง จำนวน 3 คน (42.90%) อาชีพปัจจุบันรับจ้าง จำนวน 3 คน (42.86%) ไม่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จำนวน 5 คน (71.43%) ไม่มีผลกระทบทางสุขภาพจำนวน 4 คน (57.14%) ผู้ดูแลเห็นว่าผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดตีบในสมอง สาเหตุที่ได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลคือมีความเกี่ยวข้องเป็นญาติใกล้ชิด โดยผู้ดูแลมีความจำเป็นที่เป็นภาระที่ต้องดูแลรับรู้ว่าต้องเป็นผู้ดูแลระยะยาว บางครั้งรู้สึกท้อแท้ แต่ก็ปรับตัวได้ ทำหน้าที่หลักในการดูแลเช่น การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การทำแผลแต่ยังไม่มั่นใจในความถูกต้อง แต่ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยและมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านมาให้คำแนะนำในการดูแล ปัจจุบันกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความสะอาดเช้า-เย็นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง 3 เวลา เปลี่ยนผ้าอ้อมเวลาขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ป้องกันแผลกดทับโดยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง มีความคาดหวังผู้ป่วยอาการคงที่ดีขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องสายให้อาหารทางจมูกหลุดบ่อย ไม่มั่นใจ

ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเช่น การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัวและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงรวมถึงยังไม่ทราบช่องทางการสื่อสารขอความช่วยเหลือเบื้องต้นกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน (85.71%) อายุเฉลี่ย 58.42 ปี (SD.=13.04) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 4 คน (57.14%) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 7 คน (100.00%) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 5 คน (71.42%) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 2.14 ปี (SD.=1.46)

2. ปัญหาและความต้องการสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า 1) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง การวิเคราะห์ข้อมูลจากทีมพัฒนาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุติดเตียง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น มีแผลกดทับ ปอดบวม มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มานอนพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทีมผู้วิจัยจึงมีแนวคิดการดูแลต่อเนื่องได้ประเด็นดังนี้ แนวปฏิบัติเดิมในการดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุมตามกระบวนการควรมีแนวปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย ส่งต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่สำคัญมีแนวทางการประสานงานกับเครือข่ายเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วย 2) สภาพปัญหา ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้าน ปัญหาความต้องการในการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้ผู้ดูแลหลักประเมินปัญหาในการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด (90.00%) ด้านการทำความสะอาดร่างกาย (85.00%) ด้านการรับประทานอาหาร (70.00%) ปัญหาข้อยึดติด (70.00%) แผลกดทับ (65.00%) ปัญหาการเคลื่อนไหว (60.00%) ปัญหาการขับถ่าย (55.00%) ปัญหาด้านกายภาพบำบัด (45.00%) ปัญหาในการดูแลเฉพาะ พบว่าการให้อาหารทางสายยาง จากผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องให้อาหารทางสายยาง จำนวน 7 คน เป็นปัญหาในการดูแลทั้ง 7 คน (100.00%) และการดูแลสายสวนปัสสาวะ จากผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะจำนวน 7 คน (100.00%) มีแผลกดทับ จำนวน 2 คน (28.57%) 3) ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้านโภชนาการ ได้แก่ การป้อนอาหารและการป้องกันการสำลัก (90.00%) ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร จำนวน 7 คน ผู้ดูแลหลักมีปัญหาในด้านเทคนิคการให้อาหาร การทำอาหารปั่นและการจัดเก็บถนอมอาหาร จำนวน 6 คน (85.71%) ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย (100.00%) ด้านระบบขับถ่าย ได้แก่ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (80.00%) และการดูแลสายสวนปัสสาวะ (100.00%) ด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ การป้องกันการเกิดข้อยึดติด จำนวน 5 คน (71.42%) และทำแผลกดทับจำนวน 2 คน (28.57%)

นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากหน่วยงานต่างๆ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ เทคนิคการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (100.00%) การออกใบพิการให้ผู้สูงอายุติดเตียง (5.00%) และการช่วยทำแผลกดทับ (5.00%) โรงพยาบาล ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดที่บ้าน (100.00%) และด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข (Care giver) ได้แก่ การช่วยกิจกรรมดูแลผู้ป่วยติดเตียง (85.00%)

3. กระบวนการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ทีมมีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ 5P1E Model ซึ่งประกอบด้วย 1) P : Prepare การเตรียมการ การศึกษาสถานการณ์ 2) P: Policy นโยบาย วัตถุประสงค์ 3) P: Project กิจกรรมโครงการ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 4) P: Process การจัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ การจัดการความรู้ 5) P : Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน 6) E:Evaluation การติดตามประเมินผลร่วมกับการดำเนินงานวงจรคุณภาพ PAOR พบว่า กระบวนการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วัตถุประสงค์ (2) กลุ่มเป้าหมาย (3) การจัดการความรู้ (4)

กิจกรรม (5) บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและ (6) การประเมินผล กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วยขั้นที่ 1 ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการฝึกปฏิบัติกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมถึงการประเมินผล ขั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย และตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (องค์ประกอบที่ 2) ขั้นที่ 3 การจัดการความรู้โดยใช้หลักสูตรการจัดการความรู้ และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงระยะเวลา 1 วัน (องค์ประกอบที่ 3) ขั้นที่ 4 การดำเนินการปฏิบัติจริงในผู้สูงอายุติดเตียงฯ โดยมีพยาบาลดูแลต่อเนื่องและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแล ระยะเวลา 4 สัปดาห์ (องค์ประกอบที่ 4) ในขั้นตอนนี้หากเกิดปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลฯ ประสานงานตามบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้แจ้งไว้ (องค์ประกอบที่ 5) และขั้นที่ 5 ประเมินผล (องค์ประกอบที่ 6) (ความรู้ผู้ดูแล ทักษะการดูแล และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง) ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (5P1E)

4. ผลลัพธ์การประเมินกระบวนการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า 1) ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบหลังฝึกการอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการฝึกอบรมแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังเข้ารับการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการเข้ารับการฝึกอบรม และมีความรู้หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004) 2) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.003) และ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่าด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 96 - 130 จำนวน 2 ราย (28.60%) และระดับปานกลางคะแนน 61 - 95 จำนวน 5 ราย (71.40%) และไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 26 - 60

วิจารณ์

1.กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงทีมมีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง 5P1E Model ซึ่งประกอบด้วย 1) P: Prepare การเตรียมการ การศึกษาสถานการณ์ 2) P: Policy นโยบาย วัตถุประสงค์ 3) P: Project กิจกรรมโครงการ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 4) P : Process การจัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ การจัดการความรู้ 5) P : Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน 6) E : Evaluation การติดตามประเมินผลร่วมกับการดำเนินงานวงจรคุณภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ[5] ซึ่งพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ;รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างการเข้าถึงบริการ 2) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน 3) ให้ความรู้กับผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุในขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล[6] ;รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ รพ.สต.ฮ่องห้า รพ.แม่ทะและรพ.ลำปาง 4) การกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำโจ้และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องโดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน[7]

2. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังเข้ารับการฝึกอบรมสูงกว่า ก่อนการเข้ารับการฝึกอบรม และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากกว่า 80.00% สอดคล้องกับงานวิจัยของวิภา เพ็งเสงี่ยม[8] ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของพิณทิพย์ จำปาพงษ์[1] ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 96 – 130 จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 และระดับปานกลาง คะแนน 61 – 95 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 26 – 60 คะแนน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการศึกษารายละเอียดของงานวิจัย บริบท และทรัพยากรของพื้นที่ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนนำระบบนี้ไปใช้ เช่น 1) ด้านบุคลากรควรมีการทบทวนแนวทางการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องและมีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน รายงานผลเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป 2) ด้านผู้ดูแลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้มีความมั่นใจ โดยเฉพาะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลการติดตามเยี่ยมหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมีการติดตามการดูแลเพื่อการพัฒนาต่อไป และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีกระบวนการดูแลและแนวทางการให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์เป็นอย่างดียิ่งจากท่านอาจารย์ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินาดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ และดร.นิสากร วิบูลชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยนี้ ตลอดจนการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในระหว่างการทำวิจัย รวมถึงการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดและคณะที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการทำกลุ่มตลอดจนให้การสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นางพิณทิพย์ จำปาพงษ์. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา[อินเทอร์เน็ต]. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางปะกง; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER4/DRAWER076/GENERAL/DATA0000/00000369.PDF
2. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน. สถิติรายงานการเยี่ยมบ้าน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2565.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2544.
4. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรม; 2559 [เข้าถึงเมื่อ14 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/whoqol/
5. วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13-28.
6. วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, สีนวล รัตนวิจิตร. รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์. 2560;24(1):42-54.
7. สุมิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, และคนอื่นๆ. รายงานผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://164.115.27.97/digital/files/original/00373b3f9d5b85f351756e6b58b496c5.pdf
8. วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภษะ, ศิริรัตน์ จูมจะนะ. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18(3):83-95.