การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Continuity of Care Model for Elderly Patients Hip Fracture at Muang Roi Et

รุ่งฤดี จันทร์ธุเศรษฐ* ธนัชญา พูนวศิน จิราพร โพธิชัย*****
Rungruedee Chanthuseth, Thanutchaya Poonwasin, Jiraporn Potichai
Corresponding author: E-mail; Rungruedee2514101@gmail.com
(Received: April 3, 2025; Revised: April 11, 2025; Accepted: May 11, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดของ Kemmis & McTaggart เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงมีนาคม 2568 โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 23 ราย และทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งก่อนและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นใช้แนวทางเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESS เดือนละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ควบคู่กับกระบวนการพยาบาล และการให้ความรู้ผ่านสื่อสนับสนุน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์ปัญหา พบว่า จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก พบปัญหาหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) กระบวนการดูแล ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การดูแลเป็นไปตามปัญหาเฉพาะหน้า ขาดเป้าหมายร่วม ทำให้การบริการไม่สอดคล้องกันในแต่ละพื้นที่ 2) ทีมสหวิชาชีพ ขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง 3) หน่วยงาน ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์สำหรับการดูแลที่บ้าน 4) ผู้ป่วยและครอบครัว ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และบางรายมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ต้องการการสนับสนุนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง 2) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) กระบวนการรับผู้ป่วย 2) รูปแบบการเยี่ยมบ้าน 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ระบบบันทึกและแบบประเมินร่วมกัน และ 5) สื่อสนับสนุนการดูแล และ 3) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 6 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ “ดี” (คะแนนเฉลี่ย 24.33 คะแนน) และมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับดีมาก (97.51%) ส่วนทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.96)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และความพึงพอใจในระดับดีถึงดีมาก ดังนั้น ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลอย่างยั่งยืน และควรมีระบบติดตามผลระยะยาวเพื่อพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การดูแลต่อเนื่อง; ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

*,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the problem situation, develop a care model, and evaluate the implementation of the home-based continuing care model for elderly patients with hip fractures.

Study Design : This study was an action research.

Materials and Methods : This study applied Kemmis & Mc Taggart's framework to enhance home-based continuous care for elderly patients with hip fractures. Conducted from September 2024 to March 2025, it involved 23 elderly patients and a local multidisciplinary team. Patients' daily living abilities were assessed before and after hospital discharge. The research instruments, which included questionnaires and interviews, were reviewed for content validity by five experts. The Content Validity Index was found to be 0.97. The care model included monthly home visits using the INHOMESS approach over six months, combined with nursing care and educational media. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Main finding : The problem situation analysis revealed four main issues were 1) The care process lacked clear framework, with care provided on a case-by-case basis in response to immediate issues, and the absence of shared goals resulted in inconsistent services across different areas. 2) The interdisciplinary team lacked appropriate knowledge, skills, and attitudes, particularly in areas where staff had not received specialized training. 3) The organization faced challenges related to a shortage of personnel, budget, and necessary equipment for home-based care. 4) Patients and their families lacked self-care knowledge, and some faced economic constraints, requiring continuous support from relevant sectors. The study found that the home-based continuous care model for elderly hip fracture patients consisted of five key components: (1) patient admission process, (2) home visit model, (3) multidisciplinary care team, (4) shared documentation and assessment system, and (5) supportive educational media. The evaluation showed continuous improvement in patients' mobility and activities over six months post-discharge. The overall quality of life was rated "good" with an average score of 24.33, and score was increases with statistically significant ($p < .001$). Service recipients expressed high satisfaction (97.51%), while the multidisciplinary team reported good satisfaction (Average score = 2.96).

Conclusions and recommendation : The findings of this study demonstrated improvements in patients' mobility and quality of life, with satisfaction levels reported as good to very good. Accordingly, government support in terms of funding and resource allocation is recommended to establish a sustainable care network. Furthermore, the implementation of a long-term monitoring system is essential for the ongoing development and contextual adaptation of the care model to better suit community needs.

Keywords : Model development; Continuous care; Elderly hip fracture patients

*,***Registered Nurse, Professional Level, Department of Community Nursing, Roi Et Hospital.

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Department of Community Nursing, Roi Et Hospital.

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจากผลของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การแพทย์ และสาธารณสุขที่ทำให้อัตราการเกิดลดลง และอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] องค์การสหประชาชาติ (United Nations) รายงานว่า ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 1 พันล้านคน ในปี ค.ศ.2020 เป็น 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ.2050[2] ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในเอเชียตะวันออก และตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยเร็วที่สุดในโลก[3] สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ส่งผลกระทบหลายมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ ระบบสุขภาพ และโครงสร้างทางสังคม[4] การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นความท้าทายที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิงมากขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวยังทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากขาดการดูแลจากครอบครัว และต้องพึ่งพาระบบบริการสาธารณะมากขึ้น[5-6] ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งถือเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับ “สมบูรณ์” (Super-aged society)[7] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้มีผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ การจ้างงาน ระบบสาธารณสุข และโครงสร้างครอบครัว ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มีรายได้น้อย พึ่งพารายได้จากบุตรหลานหรือเบี้ยยังชีพจากรัฐ อีกทั้งยังประสบปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสมองเสื่อม[8] รัฐบาลไทยได้ออกนโยบายและแผนยุทธศาสตร์รองรับสังคมผู้สูงอายุ เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2565) และฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2566–2580) ที่มุ่งเน้นการสร้างระบบสวัสดิการที่เหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในการดำเนินงานยังคงอยู่ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งรัฐ ท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน[9]

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกส่งผลโดยตรงต่อจำนวนผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะนี้ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราทุพพลภาพและการเสียชีวิตสูง โดยทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพจากภาวะกระดูกสะโพกหักมากกว่า 4.5 ล้านคนต่อปี[10] รายงานจาก International Osteoporosis Foundation คาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในปี ค.ศ. 2050 โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[11- 12] สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556–2562 จากนั้นคงที่ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2565 โดยอัตราอุบัติการณ์ดิบ (ต่อประชากร 100,000 คน) เพิ่มจาก 112.7 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 146.7 ในปี พ.ศ. 2562 และ 146.9 ในปี พ.ศ. 2565 ส่วนอัตราอุบัติการณ์ที่ปรับตามอายุ (ต่อประชากร 100,000 คน) เพิ่มจาก 116.3 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 145.1 ในปี พ.ศ. 2562 และอยู่ที่ 140.7 ในปี พ.ศ. 2565 การเพิ่มขึ้นของอัตราอุบัติการณ์ดิบพบในทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยเพิ่มขึ้น 34% ในเพศหญิง และ 21.0% ในเพศชาย ($p < .05$) ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในแต่ละปีเพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่า จาก 17.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2556 เป็น 42.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ.2565 ($p <.001$) จำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นในทั้ง 6 ภูมิภาคของประเทศไทยตลอดช่วงเวลา 10 ปีของการศึกษา[13] โดยภาวะนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน โดยร้อยละ 12–20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี[14] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลต่อแนวทางการรักษาและการฟื้นฟู[15]

แม้ว่าแนวทางการรักษาทางศัลยกรรมและเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่การขาดการดูแล

ที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลกดทับ ลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะทุพพลภาพถาวร นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังเผชิญปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความเจ็บปวด เคลื่อนไหวลำบาก และภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก เพื่อรองรับปัญหานี้ กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้บรรจุการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักไว้ในนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นแนวคิด “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” เพื่อเชื่อมโยงบริการทุกระดับ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม การบูรณาการระบบดูแลในระดับโรงพยาบาลและชุมชนยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[16- 17]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดให้บริการผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจำนวน 154-162 ราย และมีผู้ปฏิเสธการผ่าตัดร้อยละ 25-31 ข้อมูลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2565 พบว่า ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน 145 ราย ได้รับการเยี่ยมครบ 100% และมีภาวะแทรกซ้อน 2.07% ส่วนในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 199 ราย ได้รับการเยี่ยม 94.0% และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลกดทับ 2.01% แม้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจะมีการพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care: HHC) ผ่านทีม PCT ที่ดูแลการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลสู่ชุมชนใน 4 ขั้นตอนหลัก แต่ยังพบปัญหาหลายด้าน เช่น ความไม่เชื่อมโยงของมาตรฐานการดูแล ข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกไม่ครบถ้วน อุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ และระบบการรับ-ส่งต่อที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลายรายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ บุคลากรยังมีประสบการณ์ไม่เท่ากัน และผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักหลายรายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม แม้จะมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแล้ว พบว่าเกิดจากหลายปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ระบบบริการไม่มีรูปแบบชัดเจน ทีมสหวิชาชีพขาดความรู้ ทัศนคติ และทักษะ หน่วยงานขาดบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ และผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เศรษฐานะ ความต้องการอยากได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ และจากหน่วยงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยใช้แนวคิดวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดวงจรของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนคิด (Reflecting) มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักและอาศัยอยู่ในพื้นที่ การศึกษาดำเนินการระหว่างกันยายน 2567 ถึงมีนาคม 2568 โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังจำหน่าย ผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ

ที่ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งสิ้น 19 คน ได้แก่ พยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน จำนวน 4 คน พยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 7 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน นักโภชนาการ จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีค่าดัชนีกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) ต่ำกว่า 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 รวมจำนวนทั้งสิ้น 23 คน

เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. เกณฑ์การคัดเข้า ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก มีสภาพการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยและสื่อสารได้ มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 180/110 mmHg มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ไม่เกิน 250 mg% ไม่มีไข้ ไม่มีอาการซึม หรือสับสน ไม่อยู่ในภาวะที่ต้องให้ออกซิเจน และไม่มีอาการหอบเหนื่อย (ไม่อยู่ในระยะท้ายของโรค) เป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยจะไม่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย หากมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ มีโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เช่น โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (CHF) มีประวัติโรคทางสมองที่ส่งผลต่อการสื่อสาร เช่น โรคอัลไซเมอร์ เป็นผู้ป่วยกระดูกหักจากสาเหตุการติดเชื้อ (Pathologic fracture) หรือมะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูก เป็นผู้ป่วยที่ล้มในโรงพยาบาลและเข้ารับการผ่าตัดซ้ำจากโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักหลายตำแหน่ง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง แต่ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 23 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling without Replacement) จากรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีค่าดัชนีกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) ต่ำกว่า 15 คะแนน ซึ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยทำการสุ่มรายชื่อทีละรายจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยไม่ใส่คืน จนได้จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ระยะศึกษาสถานการณ์ แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสหวิชาชีพ ใช้เก็บข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่บ้าน แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับเป้าหมายและกลยุทธ์ในการดูแล แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก

2) ระยะการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน แบบประเมิน INHOMESSS[18] และ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน[19] แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)[20] สำหรับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบบฟอร์ม Check List การดูแลรายโรคสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โปรแกรมการพยาบาล และสื่อการดูแล เช่น แผ่นพับ คู่มือ วีดีโอ QR code

3) ระยะประเมินผล แบบประเมิน Barthel ADL Index และ การประเมินภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL–BREF–THAI)[21] แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ ความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

(Semi-structured interview) เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก และผู้ดูแลหลัก โดยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใน 2 ด้าน ได้แก่

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาตำรา ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและปรับใช้จากของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยดำเนินการส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ และ แนวคำถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย (1) นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านออโธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 1ท่าน (2) นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2 ท่าน (3) พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน 1 ท่าน (4) นักวิจัยและสถิติ 1 ท่าน รวม 5 ท่านได้ค่า Content Validity Index =0.97

2) การทดลองใช้เครื่องมือเบื้องต้น (Pilot Interview)

ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย (Try-out) จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของคำถาม ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล จากผลการทดลองใช้ พบว่าคำถามมีความเข้าใจง่ายและสามารถเก็บข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ขั้นสุดท้ายก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการ (กันยายน 2567) จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ สำหรับการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ประชุมและทบทวนการดูแล ที่ผ่านมาระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการสหวิชาชีพ อบรมและฟื้นฟูความรู้ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปรับปรุงคู่มือการดูแล และพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแล ระยะดำเนินการพัฒนา (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) วางแผนโดยใช้วงจร PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect)[22] เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล การปฏิบัติ ทีมประชุมและจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง การสังเกตการณ์ ทีมเยี่ยมบ้านและการติดตามผล สะท้อนกลับ การประชุมเพื่อประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยขั้นตอนการพัฒนามี 1 วงรอบ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสรุปผล (เมษายน 2568) ประเมินผลลัพธ์ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต (QOL) ความพึงพอใจจากผู้ให้และผู้รับบริการ สรุปผล ของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินค่า ADL และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนกลับบ้าน เพื่อส่งต่อข้อมูลและขึ้นทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก พร้อมให้ข้อมูลและสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย กระดูกสะโพกหัก รวมถึงปัญหาที่พบและวิธีการแก้ไข

3. จัดทำแบบบันทึก ประเมิน ADL ภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

4. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดย ประเมิน ADL และสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ติดตามการดูแลต่อเนื่องทุก 1 เดือน เป็นเวลา 6 เดือน และบันทึกผลในแบบประเมิน ADL ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ประเมินผลลัพธ์ โดยใช้แบบประเมิน ADL ภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในทุกครั้งของการเยี่ยมติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE0 120/2567 ลงวันที่ 12 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (87.00%) อายุเกิน 80 ปี (56.80%) มีสถานภาพหม้าย (65.20%) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (78.30%) ไม่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง (60.90%) ไม่เคยมีประวัติกระดูกสะโพกหักมาก่อน (95.70%) และมีผู้ดูแลหลักทุกคน (100.00%) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82.60%) อายุเกิน 40 ปี (39.12%) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (39.10%) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ไม่มีโรคประจำตัว (60.90%) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (95.70%) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรมากที่สุด (47.80%) ใช้เวลาดูแล ≥6 ชั่วโมงต่อวัน (65.20%) อาชีพเกษตรกรมากที่สุด (39.20%) ไม่มีผลกระทบด้านสุขภาพ แต่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (43.50%) และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจากทีมสหวิชาชีพ จำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.70%) อายุเกิน 30 ปีและ 40 ปีเท่ากัน (36.84%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (57.90%) เป็นข้าราชการ (89.50%) มีประสบการณ์ทำงาน >10 ปี (84.21%) และมีประสบการณ์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน >5 ปี (26.30%)

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 1) ด้านกระบวนการดูแล พบว่า ระบบบริการเดิมมีรูปแบบบริการที่หลากหลายส่งผลทำให้ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและผู้ดูแลหรือครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน แต่ระบบการบริการมีรูปแบบ ที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการให้บริการผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาตามอาการที่ประเมินได้ ให้การดูแลตามปัญหาที่พบของผู้ป่วยเป็นครั้งๆ ตามบริบทแต่ละพื้นที่ 2) ด้านความรู้ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการ พบว่า บุคลากรสหวิชาชีพขาดความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันทั้งระบบ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักของโรงพยาบาลหลายคนผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักแต่พยาบาลที่เปลี่ยนมาปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่ในเครือข่ายบางคนไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และใช้ความรู้จากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากการทำงานโดยไม่ได้รับการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการจัดการผู้ป่วย จึงทำตามแนวทางที่กำหนดเท่านั้น 3) หน่วยงาน ขาดบุคลากร ขาดงบประมาณสนับสนุน ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ 4) ด้านผู้ป่วยพบปัญหาว่าผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง บางครอบครัวมีฐานะยากจน มีความต้องการอยากได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ และจากหน่วยงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาพบว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพียงร้อยละ 65.82 เท่านั้น การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายยังไม่เป็นระบบ ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์หรือไลน์ส่วนตัวในการประสานงานเฉพาะรายที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ ขณะที่รายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือซับซ้อนมักไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลหรือมีการวางแผนร่วมกันของทีม ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพียง 1–3 เดือนเท่านั้น

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักตามกระบวนการ PAOR การนำกระบวนการ PAOR (Plan – Act – Observe – Reflect) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยเน้นความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน มีการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วมกัน ติดตามผล และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้คะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Score) เป็นเกณฑ์สำคัญในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง

ที่ชัดเจนจากแนวทางเดิม ทั้งในด้านกระบวนการสื่อสาร การวางแผนร่วมกัน การส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รายละเอียดของแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในชุมชนที่ได้จากการพัฒนามีดังต่อไปนี้

1) กระบวนการรับผู้ป่วย (1) รับผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่มีคะแนน ADL ต่ำกว่า 15 คะแนน และ (2) พยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเข้าร่วมวางแผนจำหน่าย ณ หอผู้ป่วยในก่อนการจำหน่าย โดยดำเนินการดังนี้ หากผู้ป่วยมีคะแนน ADL ต่ำกว่า 15 คะแนน จะขึ้นทะเบียนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและหากผู้ป่วยมีคะแนน ADL มากกว่า 15 คะแนน จะขึ้นทะเบียนและส่งต่อข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์เทศบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

2) รูปแบบการเยี่ยมบ้าน กำหนดวันออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักเป็นประจำทุกวันอังคาร พุธ พฤหัสบดี และศุกร์ โดยมีรอบการเยี่ยมทุก 1 เดือน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนน ADL ครบ 20 คะแนนเต็ม

3) ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ซึ่งออกเยี่ยมทุกครั้ง ส่วนแพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ จะร่วมออกเยี่ยมในกรณีที่ได้รับการประสานจากพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะด้าน

4) แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แบบประเมิน ADL ทั้งแบบเต็ม 20 คะแนน และแบบ 100 คะแนน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของศูนย์ HHC พร้อม Check list การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกหัก แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF (Thai version, WHO 2004)[21] โปรแกรมพยาบาลสำหรับให้การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในระบบ Hosxp ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมในระบบออนไลน์ Nemo Care แบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA) และแบบประเมินความก้าวหน้าในการทำกายภาพบำบัด

5) สื่อสนับสนุนการดูแล มีการแจกแผ่นพับ คู่มือ และ VDO รูปแบบ QR Code เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ในการดูแลได้อย่างสะดวก

ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ดำเนินการโดยพิจารณาจากความเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการนำรูปแบบไปใช้จริง โดยสรุปผลการประเมินได้ ดังนี้

1. ผลของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน โดยเฉพาะในเดือนที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและการติดตามอย่างเป็นระบบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะเวลา	Mean(SD.)
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	9.21(2.17)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 1	11.30(1.94)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 2	13.17(2.01)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 3	14.95(1.79)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 4	16.82(1.30)
เยี่ยมบ้านเตือนที่ 5	18.04(1.06)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 6	19.78(1.04)

2. หลังการใช้แนวทาง พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครบ 6 เดือนจากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 23 ราย หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครบ 6 เดือน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ “ดี” โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 24.33 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย มีคะแนนเฉลี่ย 28.43 อยู่ในระดับดี ด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย 24.52 อยู่ในระดับดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 11.74 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 32.61 อยู่ในระดับดี **ดังแสดงในตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครบ 6 เดือน

องค์ประกอบ	Mean(SD.)	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย	28.43(2.04)	ดี
2. ด้านจิตใจ	24.52(1.70)	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.74(1.21)	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	32.61(3.16)	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**24.33(0.07)**	**ดี**

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 25.26 คะแนน (95% CI: 21.15 - 29.37) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 6 เดือน (N=23)

คุณภาพชีวิต	Mean(SD.)	Mean Diff.	95%CI	p
ก่อนเยี่ยม	80.35(5.83)	25.26	21.15 - 29.37	<.001
หลังเยี่ยม 6 เดือน	105.61(7.84)			

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก Mean = 97. 51 (SD.=2.08) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ		
1) มีการติดต่อนัดหมายก่อนมาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง	100(0.00)	ดีมาก
2) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ/ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	100(0.00)	ดีมาก
3) ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	94.78(0.21)	ดีมาก
4) ความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อเจ้าหน้าที่ มีช่องทาง/วิธีการขอรับบริการ หรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน	95.65(0.49)	ดีมาก
5) มีคนในชุมชนมาสนับสนุนช่วยเหลือ	94.78(0.45)	ดีมาก
2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ		
1) ความสุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์	100(0.00)	ดีมาก
2) ความเอาใจใส่รับฟังปัญหา กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ	100(0.00)	ดีมาก
3) มีความสามารถเชี่ยวชาญในการให้บริการ	98.26(0.45)	ดีมาก
4) ให้บริการเท่าเทียมกันทุกราย โดยไม่เลือกปฏิบัติ	96.52(0.39)	ดีมาก
5) มีสื่อ/ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว	97.39(0.51)	ดีมาก
6) ได้รับความสะดวกในการยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน	100(0.00)	ดีมาก
3. ด้านคุณภาพการให้บริการ		
1) ผู้ป่วยและครอบครอบสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้	100(0.00)	ดีมาก
2) มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา	97.39(0.49)	ดีมาก
3) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น	100(0.00)	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวม	**97.51(2.08)**	**ดีมาก**

5. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ภาพรวมของความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโดยรวมอยู่ในระดับดี Mean = 2.96 (SD.=0.20) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับ
มีการวางรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน	3.00(0.00)	ดี
ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีม	3.00(0.00)	ดี
ช่วยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย	2.84(0.37)	ดี
มีความเหมาะสม ง่ายต่อการปฏิบัติ	2.95(0.23)	ดี
มีความครอบคลุมแบบองค์รวม	2.95(0.23)	ดี
ผู้ป่วยและญาติพร้อมดูแลตนเองที่บ้าน	2.95(0.23)	ดี
ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านเหมาะสม	2.95(0.23)	ดี
สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้จริง	3.00(0.00)	ดี
มีความยืดหยุ่นเปลี่ยนตามสถานการณ์	2.95(0.23)	ดี
แนวทางดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	2.95(0.23)	ดี
ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความจำเพาะ	3.00(0.00)	ดี
มีความต่อเนื่องของการใช้แผน	2.95(0.23)	ดี
มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน	3.00(0.45)	ดี
ความพึงพอใจโดยรวม	2.95(0.23)	ดี
รวม	**2.96(0.20)**	**ดี**

วิจารณ์

ผลการวิจัย พบว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นอย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวทางร่างกาย แต่ยังส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย โดยผู้วิจัยจึงอภิปรายผลการวิจัยเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ผลการดำเนินงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก พบว่ายังมีข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพยังไม่มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ดังที่ ธนัชญา พูนวศิน และเอมอร อาภรณ์รัตน์[23] รายงานไว้ นอกจากนี้ ปัญหาด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลยังพบอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลายรายยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ซึ่งสอดคล้องกับผลงานของ นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิ๋วพัฒนกุล[24] ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมก็ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ดูแล รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพจิตตรา ล้อสกุลทอง และวรรณภา ศรีธัญรัตน์[25] กระบวนการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างความตระหนัก การจัดตั้งศูนย์รวมบูรณาการ และการบริหารจัดการแบบบูรณาการ การประเมินผลในด้านโภชนาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ พบว่าผู้ดูแลยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการ ซึ่งตรงกับข้อค้นพบของ ช่อทิพย์ จันทรา[26] อีกครั้ง ทั้งนี้ยังพบว่าระบบบริการด้านสุขภาพในระดับชุมชนยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และขาดการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง เจษฎา อังกาบสี และคณะ[27] ที่ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีความสำคัญอย่างยิ่ง งานวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (Caregiver Empowerment Program) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติการจำลองสถานการณ์จริง โดยใช้ 4 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ตรง การใช้แบบอย่าง การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ผลการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรมพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้มีจุดเด่นในการประยุกต์ใช้ “รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน” (Home-Based Continuity of Care Model) ที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ใช้เครื่องมือประเมินระบบ และบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมออนไลน์ ส่งเสริมการสื่อสารและบทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน ผลลัพธ์ชี้ว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายใน 6 เดือน สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีมาตรฐาน เชื่อมโยงระบบบริการ และเสริมบทบาทผู้ดูแลเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลที่บ้าน

2. จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในหลายด้าน ทั้งด้านการเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แนวทาง INHOMESS ร่วมกับสื่อวิดีทัศน์และคู่มือประกอบการดูแล รวมถึงระบบติดตามและส่งต่อข้อมูลผ่าน Smart COC และ Hosxp ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย กรรณิการ์ ปลื้มสง[28] ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีการวางแผนเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง ภายใน 8 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นการเยี่ยมจริง 3 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้จัดทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยที่มี ADL ต่ำกว่า 15 คะแนน โดยมีการเยี่ยมบ้านทุกเดือน และบันทึกข้อมูลในระบบ Hosxp และ Nemo Care เพื่อการติดตามออนไลน์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบข้อมูลร่วมและการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ[23] เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับแบบประเมินมาตรฐาน เช่น Barthel Index และการประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ หกล้ม และการติดเชื้อในปอด โดยเน้นการติดตามต่อเนื่องทั้งในบ้านและศูนย์ฟื้นฟูของชุมชน[29] ขณะที่โรงพยาบาลแพร่มีการพัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิด NHMRC และหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาโปรแกรม ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) และใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในทุกกระบวนการ ตั้งแต่ห้องผ่าตัดจนถึงการฟื้นฟู

ที่บ้าน[30] จึงสรุปได้ว่า แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและโรคหลอดเลือดสมองในหลายพื้นที่ล้วนเน้นหลักการร่วมกัน คือ การเยี่ยมบ้านแบบมีโครงสร้างโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีและระบบติดตามออนไลน์ และการประเมินตามมาตรฐาน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการส่งเสริมความรู้และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยพบว่า หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนา ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และ ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยในหลายพื้นที่ที่ใช้แนวทางการดูแลต่อเนื่อง เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช การศึกษาของกรรณิการ์ ปลื้มสง[28] พบว่า การเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและลดภาวะแทรกซ้อน โปรแกรม LATH (Learning and Telephone Home Visit) แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และการใช้สื่อการสอน ช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ และการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่ การศึกษาของพรธิดา ชื่นบาน และคณะ[30] พัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยลดระยะเวลารอผ่าตัด และลดความปวดหลังผ่าตัดในช่วงแรก การดูแลต่อเนื่องช่วยเพิ่มคะแนน ADL และคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ และไม่มีการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย และจากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากผู้บริหารและนโยบายองค์กร การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ศักยภาพของพยาบาลในการวางแผนการดูแลแบบรายบุคคล โดยอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสรุปได้ว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัว ลดภาวะพึ่งพิง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในครอบครัวควบคู่ไปด้วย เพื่อสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ข้อเสนอแนะด้านการดูแลผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านควรดำเนินอย่างเป็นระบบเป็นระยะเวลา อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีการเยี่ยมบ้านหรือติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1–2 ครั้ง หรือปรับความถี่ตามอาการของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มค่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก

2) ข้อเสนอแนะด้านการประยุกต์ใช้ผลวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ต้องการการฟื้นฟูระยะยาว เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง หรือไขสันหลัง ซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลและติดตามต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

3) ข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรผลักดันรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้เป็น แนวปฏิบัติทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ โดยจัดให้มีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงคุณภาพของโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) พัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากร จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ จัดระบบยืม-คืนอุปกรณ์การแพทย์ และสนับสนุนค่าเดินทาง เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทุกกลุ่ม

2) พัฒนาระบบข้อมูลและการติดตาม สร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงได้โดยทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบติดตามออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแล จัดอบรม

เชิงปฏิบัติการ พัฒนาหลักสูตรออนไลน์ และสร้างระบบพี่เลี้ยงเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับบุคลากรและผู้ดูแลในครอบครัว

4) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1) พัฒนารูปแบบการดูแลที่ยืดหยุ่นและเหมาะสม ศึกษารูปแบบที่สนับสนุนการตัดสินใจของทีมสหวิชาชีพให้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ ความยั่งยืนของระบบการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

3) ศึกษาด้านต้นทุนและประสิทธิผล วิเคราะห์ต้นทุนในการดูแล การประเมินผลตอบแทนทางสังคม และแนวทางการขยายผลสู่โรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างเป็นระบบ

4) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดูแล ศึกษาการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และ อุปกรณ์ IoT มาใช้ในการติดตามผู้ป่วย เพื่อลดภาระของโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนและอนุญาตให้ทำการวิจัย รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรและโอกาสในการเก็บข้อมูล ขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำและการสอนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ขอบคุณ ทีมงานทุกท่าน ที่ช่วยสนับสนุนการเก็บข้อมูล และ ผู้ดูแลผู้ป่วย และ บุคลากร ที่ให้ความร่วมมือ ขอบคุณ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ยินยอมให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพ ขอบคุณ ครอบครัว ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนจนวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Bloom D E, Canning D, Lubet A. Global Population Aging: Facts, Challenges, Solutions & Perspectives. Daedalus. 2015;144(2):80–92.
2. Affairs UND of E and S. World Population Ageing 2020: Highlights: Living Arrangements of Older Persons [Internet]. United Nations; 2021 [cited 2025 Apr 22]. Available from: https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210051934.
3. Beard J R, Officer A M, Cassels A K. The World Report on Ageing and Health. Gerontologist. 2016;56(Suppl 2):S163-6.
4. Harper S. Economic and social implications of aging societies. Science. 2014;346(6209):587–91.
5. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel J W. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009;374(9696):1196–208.
6. Chan A, Malhotra C, Malhotra R, Ostbye T. Living arrangements, social networks and depressive symptoms among older men and women in Singapore. Int J Geriatr Psychiatry. 2011;26(6):630–9.
7. NSO. สำรวจ-สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM?
8. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1.
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dop.go.th/th/laws/1/28/828.

10. Johnell O, Kanis J A. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. Osteoporos Int. 2006;17(12):1726–33.
11. Cummings S R, Melton L J. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. Lancet. 2002;359(9319):1761–7.
12. Lim S, Koo B K, Lee E J, Park J H, Kim M H, Shin K H, et al. Incidence of hip fractures in Korea. J Bone Miner Metab. 2008;26(4):400–5.
13. Charatcharoenwitthaya N, Nimitphong H, Wattanachanya L, Songpatanasilp T, Ongphiphadhanakul B, Deerochanawong C, et al. Epidemiology of hip fractures in Thailand. Osteoporos Int. 2024;35(9):1661–8.
14. Haleem S, Lutchman L, Mayahi R, Grice J E, Parker M J. Mortality following hip fracture: trends and geographical variations over the last 40 years. Injury. 2008;39(10):1157–63.
15. Roche J J W, Wenn R T, Sahota O, Moran C G. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. BMJ. 2005;331(7529):1374.
16. Istianah U, Nurjannah I, Magetsari R. Post-discharge complications in postoperative patients with hip fracture. J Clin Orthop Trauma. 2020;14:8–13.
17. นภัส แก้ววิเชียร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, วิชาญ เกิดวิชัย, เบญจพร สุธรรมชัย, นงณภัทร รุ่งเนย, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย: ข้อเสนอเพื่อหนทางข้างหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(5):894–906.
18. Khamlakit S. INHOMESSS and the Nursing Process as an assessment tool. In: Research Report Thai COC Program for the Quality Criteria Results. Surin Province: Boards of the Continuity of Care (COC); 2013.
19. Suksrisai B, Linhavong J, Manonom S, Manorangsan S. Prevalence and factors affecting first and recurrent hip fracture in the elderly: a retrospective study from inpatients at Thammasat University Hospital. Thammasat medical journal. 2020;20(4):275-85.
20. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97–101.
21. World Health Organization. The World Health Organization quality of life (WHOQOL) - BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
22. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.
23. ธนัชญา พูนวศิน, เอมอร อาภรณ์รัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(2):126–36.
24. นงนุช เพ็ชรร่วง, ยุพา จิ๋วพัฒนกุล. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;37(4):37-45.
25. ไพจิตรา ล้อสกุลทอง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2557;37(2):1-11.
26. ช่อทิพย์ จันทรา. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2559;8(3):41–50.
27. เจษฎา อังกาบสี, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, นิติบดี ศุขเจริญ. ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับ การดูแลต่อเนื่อง

ที่บ้าน (Caregiver) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(1):35–48.

28. กรรณิการ์ ปลื้มสง. ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2566;6(1):18–30.
29. ยุวดี ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563;2(2):139–53.
30. พรธิดา ชื่นบาน, ธนาวรรณ แสนปัญญา, ทิพากร กระเสาร์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านช่องทางด่วน โรงพยาบาลแพร่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;1(3):70-84.