

ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน Community Participatory Care System for Bedridden and End-of-life Patients in Community

พรฤดี นิธิรัตน์, Ph.D. (Health Behavior and Education) ¹

Pornruedee Nitirat, Ph.D. (Health Behavior and Education) ¹

ผกาทิพย์ สิงห์คำ, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ²

มานพ ผสม, พย.บ. ³

Pakatip Singkham, M.N.S. (Family Nursing) ²

Manop Phasom, B.N.S. ³

รัชณี ผสม, พย.บ. ⁴

Ratchanee Phasom, B.N.S. ⁴

Received: November 6, 2023

Revised: December 3, 2023

Accepted: December 16, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 50 คน พระสงฆ์ 5 รูป และประชาชนในพื้นที่ จำนวน 216 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 3 ชุด 2) แบบประเมินแนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย 3) แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 4) แนวคำถามถึงโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม

¹ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Director, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Director, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pakatip@bcnsurin.ac.th

^{3,4} พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน จังหวัดนครราชสีมา

^{3,4} Registered Nurse, Nong Phalan Sub-district Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Province

5) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .73 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .95 7) แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .96 และ 8) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .91 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ระบบ และการประเมินผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชน ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชุมชนดำเนินการอยู่ ยังขาดการบริหารจัดการที่ดี ระบบที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินการที่สำคัญ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การสร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) การจัดหางบประมาณจากภาครัฐ ภาคเอกชน และการรับบริจาคทั้งในและนอกชุมชน 3) การจัดหาและบริหารวัสดุอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วย 4) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ 6) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน หลังจากใช้ระบบการดูแลกับผู้ป่วยติดเชื้อ 6 ราย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ราย เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อมีอาการดีขึ้น 2 ราย ส่วนที่เหลืออาการคงที่ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 2 ราย เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน โดยภาพรวม กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($M = 46.32$, $SD = 3.87$ และ $M = 32.14$, $SD = 2.46$ ตามลำดับ) ส่วนประชาชนในพื้นที่ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความต้องการระบบในระดับมาก ($M = 43.22$, $SD = 5.88$ และ $M = 4.50$, $SD = .46$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละชุมชน
คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to establish and assess the effectiveness of a community participatory care system for bedridden and end-of-life patients. The study, conducted in the community under the purview of Nong Phalan Sub-district Health Promoting Hospital's responsibility, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, engaged 55 key informants, including health providers, community leaders, municipality officers, patient's caregivers and relatives, village health volunteers, and Buddhist monks, along with 216 community members. The research instruments consisted

of 1) three discussion interview guides; 2) an evaluation form of medical device management; 3) an evaluation form of patients care; 4) a focus-group interview guide; 5) a questionnaire assessing knowledge with a reliability of .73; 6) a questionnaire assessing competency perception with a reliability of .95; 7) an evaluation form of the benefits perception with a reliability of .96; and 8) an evaluation form of satisfaction with a reliability of .91. The research unfolded across four phases from March to September 2023: analysis of the current situation, development of the care system, implementation, and system evaluation. The statistical analysis used in this study encompassed mean, standard deviation, and Wilcoxon signed-rank test. Additionally, a content analysis was conducted to scrutinize and interpret the qualitative data.

The research results revealed that the existing care system for bedridden and end-of-life patients in community had inadequate management. The development of a community participatory care system centered around six critical aspects, consisting of 1) the establishment of a collaborative network; 2) securing financial support from governmental and private sectors; 3) preparing essential medical supplies; 4) creating a dedicated office for bedridden and palliative care; 5) enhancing caregiver competencies; and 6) implementing home visits by health providers, village health volunteers, and community leaders. Following a three-month implementation of the developed care system involving six bedridden patients and two end-of-life patients, noteworthy improvements in health conditions were observed for two bedridden patients, while the conditions of the remaining patients remained stable. Furthermore, two end-of-life patients experienced peaceful passings at home. Participants' perceptions of the system's benefits and satisfaction were very high ($M = 46.32$, $SD = 3.87$ and $M = 32.14$, $SD = 2.46$, respectively). Moreover, community members expressed a high perception of the system's benefits ($M = 43.22$, $SD = 5.88$) and a strong perceived need for its continuation ($M = 4.50$, $SD = .46$).

This research strongly recommends the adoption and adaptation of the developed community participatory care system in other communities and primary care units, emphasizing the importance of tailoring the care system to specific community contexts.

Keywords: Bedridden patients, End-of-life patients, Community participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยติดเตียง (bedridden patients) คือ ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถลุกนั่งลุกเดินหรือช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ

โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2559) ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end-of-life patients) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้วว่าเข้าสู่ระยะเรื้อรังที่ไม่มี

หนทางรักษาให้หายหรือฟื้นฟูสู่สภาพเดิมได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาจนถึงที่สุดแต่อาการยังไม่ดีขึ้น และดำเนินเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจเป็นระยะสั้นๆ ตั้งแต่ไม่กี่วันจนถึงเป็นเดือนและเป็นปี (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2553) ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อนขึ้นนอกเหนือจากพยาธิสภาพของโรค เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ การสำลักอาหาร การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การติดเชื้อในระบบต่างๆ วิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (วิโรจน์ ไวกวนิชกิจ, 2563) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้นับเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีอาการเฉียบพลันเท่านั้น เมื่ออาการคงที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายจำนวนเตียงในโรงพยาบาลที่จำกัด การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเพื่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วยเอง ในการได้อยู่กับครอบครัว อย่างไรก็ตาม ครอบครัวควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการรับผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น อาการเหนื่อยล้า นอนหลับไม่เพียงพอ เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557)

การที่บุคคลกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงมาจากหลายสาเหตุ ทั้งจากปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรง และจากการสูงวัยตามธรรมชาติ ที่มาพร้อมกับความพร้อมสมรรถนะในการดูแลตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะความพิการ ขณะนี้ประชากรสูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) โดยสถิติผู้สูงอายุ ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนร้อยละ 19.40

(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล, 2561) ในจังหวัดนครราชสีมา พบสถานการณ์การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุเช่นเดียวกัน โดยพบสัดส่วนประชากรสูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 ร้อยละ 18.76, 19.37 และ 19.78 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

การศึกษาแนวโน้มของผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดบ้าน 235,301 ราย ผู้ป่วยติดเตียง 136,677 ราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 ผู้ป่วยติดบ้านจะเพิ่มเป็น 526,228 ราย ผู้ป่วยติดเตียงเป็น 311,256 ราย และในปี พ.ศ. 2590 ผู้ป่วยติดบ้านจะเพิ่มเป็น 727,103 ราย ผู้ป่วยติดเตียงเป็น 434,694 ราย (Thai PBS, 2563) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าจะเกิดภาวะพึ่งพิงทางสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ส่งผลให้โอกาสที่ผู้สูงอายุไทยจะต้องอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงเป็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขไทย การเตรียมความพร้อมเชิงรุกสำหรับสังคมไทยประการหนึ่ง คือ การยกระดับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นปัญหาระดับชุมชน และส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในชุมชน รวมถึงการจัดให้มีระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน โดยให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วม

สถานการณ์ของชุมชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หนองพะลาน อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรจำนวน 2,003 คน โดยมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 15.17 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 45–59 ปี) พบว่ามีจำนวนสูงถึง 411 คน และเมื่อรวมกับวัยสูงอายุแล้ว ประชากรกลุ่มนี้จะมี

สัดส่วนมากกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยติดเตียง 5 ราย 7 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ และได้รับการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับสู่ชุมชน 1 ราย 7 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ รพ.สต.หนองพะลานได้เห็นความสำคัญของการเตรียมรับสถานการณ์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยในปี พ.ศ. 2566 ได้เริ่มจัดหาวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เตียง รถเข็น เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแล ช่อมบำรุงวัสดุอุปกรณ์อย่างถูกต้อง และครอบครัวผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการใช้งานวัสดุอุปกรณ์ที่ยืมมาใช้ที่บ้าน ซึ่งการดำเนินการข้างต้นเกิดจากการริเริ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ในชุมชน ขาดการดำเนินการที่เป็นระบบ และยังต้องการการพัฒนาทั้งด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากรและผู้ดูแลในชุมชน ดังนั้นจึงต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ ตั้งแต่มีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ ระบุปัญหา ความต้องการ ดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผล

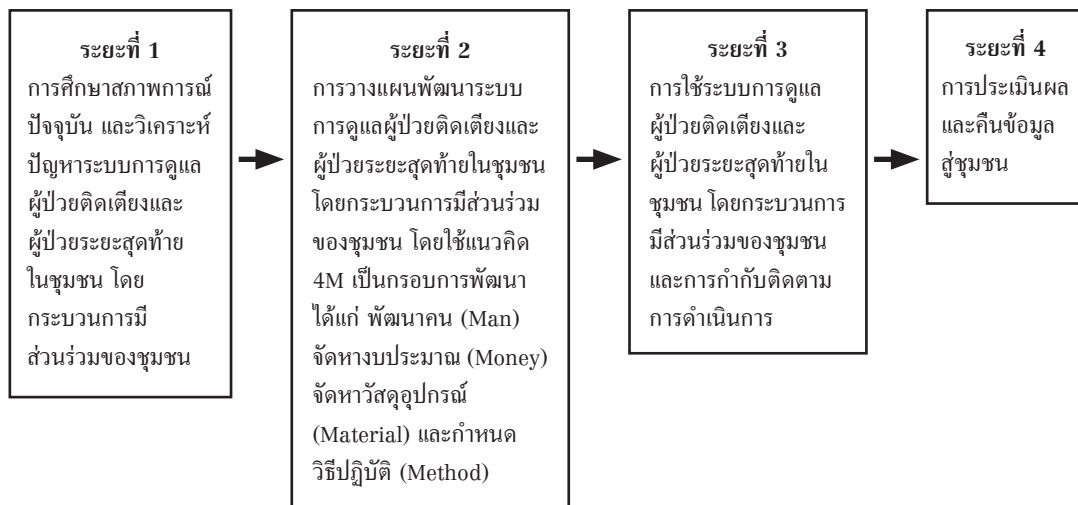
รวมถึงการปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับบริบทที่อาจเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ตามกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยจากภายนอกมาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งเน้นให้ชุมชนเข้าร่วมในทุกกระบวนการวิจัย บนพื้นฐานของการปฏิบัติการจริงของประชาชนในชุมชน (ทวิศักดิ์ กสิผล และภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, 2554) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การใช้ระบบ และ 4) การประเมินผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) โดยมีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ พื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.หนองพะลาน อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (maximum variation sampling) ตามแนวทางของ Miles and Huberman (1994) ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 8 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน รวมจำนวน 50 คน และพระสงฆ์ที่วัดหนองพะลาน จำนวน 5 รูป

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 1,432 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการสำรวจความคิดเห็น โดยใช้เกณฑ์ประมาณการจากกลุ่มประชากรที่ร้อยละ 15 (กัญญสิริ จันทรเจริญ, 2552) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 215 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 225 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก (รัตนศิริ ทาโต, 2566) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม “สภาพการณ์ปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” (สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. และพระสงฆ์)

ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม “สภาพการณ์ปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” (สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ และ อสม.) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 3 แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม “การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินแนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ใช้สำหรับประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์^๑ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยหัวข้อประเมิน 5 หัวข้อ และข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ใช้สำหรับประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดย อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ หลังได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วยรายการประเมินการดูแลผู้ป่วย 28 กิจกรรม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

ชุดที่ 6 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ชุดย่อย ดังนี้

6.1 แนวคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

6.2 แนวคำถามสำหรับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. และพระสงฆ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม

ปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

6.3 แนวคำถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

6.4 แนวคำถามสำหรับ อสม. ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 เรื่อง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ทำไม่ได้แน่นอน ทำไม่ได้ ไม่แน่ใจ ทำได้ และทำได้แน่นอน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 6 ชุด และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณทั้ง 4 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์เวชกรรมสังคมที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลด้านเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ สำหรับเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ เมื่อนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยประเมินคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งต่อไป ส่วนเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ นำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน ผู้ดูแล จำนวน 8 คน อสม. จำนวน 15 คน และพระสงฆ์ จำนวน 3 รูป ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย หากค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการของ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .73 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ด้วยวิธีการของ ครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95, .96 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

- 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรองเลขที่ COA No.01/2566 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2566 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือ
ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน และวิเคราะห์ปัญหาาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน		
ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ และวิเคราะห์ปัญหาาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 13 คน - อสม. 13 คน - พระสงฆ์ 2 รูป	วิธี: การอภิปรายกลุ่ม เครื่องมือ: แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม
ระยะที่ 2 การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน		

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

การดำเนินการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือ
ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แนวคิด 4M เป็นกรอบการพัฒนา	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 13 คน - อสม. 13 คน - พระสงฆ์ 2 รูป	วิธี: การอภิปรายกลุ่ม เครื่องมือ: แนวคำถามการอภิปราย กลุ่ม
ระยะที่ 3 การใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการกำกับติดตามการดำเนินการ		
กิจกรรมที่ 1: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วัสดุอุปกรณ์ที่ควรสนับสนุนโดยชุมชน) ในประเด็นการใช้งาน การเก็บรักษา การซ่อมบำรุง และการจัดหาทดแทน	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 8 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - อสม. 10 คน	วิธี: การตรวจสอบความเหมาะสม ของแนวปฏิบัติการบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ: แบบประเมินแนวปฏิบัติ การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์
กิจกรรมที่ 2: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาความรู้และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ถวายนวพระสงฆ์เกี่ยวกับบทบาท ของพระกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ประชุมวางแผนการดำเนินงานของ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	- ผู้นำชุมชน 5 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 15 คน - อสม. 20 คน - พระสงฆ์ 5 รูป - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน	วิธี: การทดสอบก่อนและหลัง การอบรม เครื่องมือ: แบบทดสอบความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย และแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย
กิจกรรมที่ 3: ผู้รับการอบรมนำความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติ และการกำกับติดตามของ รพ.สต.	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 15 คน - อสม. 20 คน	วิธี: การประเมินความถูกต้องของ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือ: แบบประเมินความถูกต้อง ของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
ระยะที่ 4 การประเมินผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชน		
กิจกรรมที่ 1: สนทนากลุ่มกลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงพัฒนาระบบ	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 15 คน - อสม. 15 คน - พระสงฆ์ 3 รูป	วิธี: การสนทนากลุ่ม เครื่องมือ: แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

การดำเนินการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือ
กิจกรรมที่ 2: ประเมินผลลัพธ์ของระบบ โดยภาพรวม ในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ ของระบบ และความพึงพอใจต่อระบบ	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 12 คน - อสม. 15 คน - พระสงฆ์ 5 รูป - ประชาชนในพื้นที่ 225 คน	วิธี: การสำรวจ (กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 44 คน) เครื่องมือ: แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วย วิธี: การสำรวจ (ประชาชน 225 คน) เครื่องมือ: แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วย และสอบถามเพิ่มเติมเรื่องความต้องการระบบ
กิจกรรมที่ 3: จัดเวทีค้นหาข้อมูลสู่ชุมชน	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 20 คน - อสม. 15 คน - พระสงฆ์ 5 รูป - ประชาชนในพื้นที่ 50 คน	วิธี: การบันทึกจำนวนผู้เข้าร่วม และการถ่ายภาพ เครื่องมือ: ใบลงชื่อผู้เข้าร่วม และกล้องถ่ายภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังการอบรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของระบบ ข้อมูลความพึงพอใจต่อระบบ และข้อมูลความต้องการระบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการ 4 ระยะ ผลการวิจัยในภาพรวมแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุมชนในพื้นที่ของ รพ.สต.หนองพะลาน ได้เริ่มต้นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากมีสมาชิกในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกส่งกลับจากโรงพยาบาล มารักษาจนกระทั่งมาดูแลที่บ้าน ด้วยความที่สมาชิกในชุมชนมีความผูกพันกันสูง จึงรู้สึกว่าคนในชุมชนควรช่วยเหลือดูแลกันในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.หนองพะลาน ร่วมกับผู้นำชุมชน จึงได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คือ การเยี่ยมผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ญาติยืมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนยังขาดการบริหารจัดการให้เป็นระบบที่ดี และยังไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตัวอย่างข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น

“เราเห็นว่ามีคนป่วยส่งกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน เราก็ส่งสารและเห็นใจครอบครัวเขา พวก อสม. ก็แวะไปเยี่ยม เราไม่มีความรู้ไปดูแลได้ เราแค่ไปให้กำลังใจกัน” (อสม.)

“ชุมชนมีผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น หมออนามัย หนองพะลานเสนอว่า อยากให้มีอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ญาติผู้ป่วยยืมใช้ เราเลยจัดวังการกุศล ก็ได้เงินหลายบาทอยู่ ใช้ซื้อเตียง เครื่องให้ออกซิเจน รถเข็น และอุปกรณ์อื่น ๆ แต่บางอย่าง เช่น พวกเครื่องดูดเสมหะ เราต้องหาเพิ่ม นั่นเป็นจุดเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นเรื่อย ๆ” (ผู้นำชุมชน)

“องค์ความรู้ที่เราใช้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นความรู้ พื้นฐานการพยาบาลชุมชนที่เราไม่ได้รับการอบรม เฉพาะทางเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการเก็บ อุปกรณ์ที่ญาติเอามาคืนอนามัยหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เรายังไม่รู้วิธีบำรุงรักษาที่จะให้อุปกรณ์ใช้งานได้คงทน เรายังขาดการบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การออกแบบระบบใช้แนวคิด 4M สรุปเป็น กิจกรรมการดำเนินการ ได้ดังนี้

2.1 ด้านการพัฒนาคน (Man) ชุมชนระบุ กลุ่มคนที่ต้องเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในระบบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อปท. ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลและญาติ แพทย์และพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และพระสงฆ์ที่ วัดหนองพะลาน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแลและญาติ ได้รับการอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และ อสม.บางส่วน ยังได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2.2 ด้านการจัดหางบประมาณ (Money)

ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประสานงานกับ กองทุนพัฒนาไฟฟ้าจังหวัดนครราชสีมา 36 เพื่อขอ งบประมาณในการก่อตั้งศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองกระเทียม ได้รับงบประมาณเป็นเงิน 450,400 บาท เมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

2.3 ด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ (Material) ชุมชนจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากการขอรับ บริจาคจากคนในชุมชนและผู้มีจิตศรัทธาอื่น ๆ โดย ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้บริจาคชุดครุภัณฑ์สำนักงาน จำนวน 20,000 บาท นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการ สนับสนุนการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) ตำบลหนองกระเทียม ยังได้พิจารณาสนับสนุนผ้าอ้อม สำเร็จรูปและแผ่นรองขับ จำนวนมากกว่า 5,500 ชิ้น

2.4 ด้านการกำหนดวิธีปฏิบัติ (Method) ชุมชนได้ร่วมกันก่อตั้งศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน ใน รพ.สต. หนองพะลาน ตำบลหนองกระเทียม ซึ่งเป็นศูนย์ให้บริการ ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดเป็น ที่เก็บอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ ผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ และ สิ่งของบริจาคอื่นๆ ที่คนในชุมชนจะมาติดต่อประสานงาน ได้สะดวก โดยบริหารงานในรูปคณะกรรมการ และ กำหนดระเบียบการดำเนินงานของศูนย์ไว้เป็นรูปธรรม เมื่อโรงพยาบาลประสานมายัง รพ.สต. หนองพะลาน เพื่อขอส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับมาที่ชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เตรียมการรับผู้ป่วยกลับ โดยประสานผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ อปท. ของหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้ เมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวมาที่บ้าน เจ้าหน้าที่ จะเข้ารับผู้ป่วยและประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ประเมิน สิ่งแวดล้อม และประเมินศักยภาพการดูแลและระยะสุดท้าย ของญาติ ให้การพยาบาลเบื้องต้น และสอนญาติใน การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแนะนำญาติให้ยืม อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นจากศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน จากนั้นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และ อสม.

กลับมาวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วย และแบ่ง อสม. ออกเป็น 3 ทีม ให้หมุนเวียนไปเยี่ยมและให้การดูแลผู้ป่วยทุกวัน แล้วรายงานการเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือทางกลุ่มไลน์ ส่วนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วยทุกวันโดยการไปเยี่ยมและโทรศัพท์สอบถามญาติ รวมถึงให้ยา ปรึกษาปรึกษาตามแผนการดูแลของแพทย์ และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย หากญาติต้องการให้นิมนต์ พระสงฆ์มาที่บ้าน อสม.หรือผู้นำชุมชนจะเป็นผู้นิมนต์ และรับพระจากวัดมาที่บ้านผู้ป่วย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ กำหนดให้ อสม.หมุนเวียนไปเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ความรับผิดชอบ

อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยไปให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับญาติ รวมถึงให้กำลังใจญาติ แล้วรายงานการเยี่ยม ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลและญาติ สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เมื่อต้องการ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือสายยางให้อาหารหลุด เป็นต้น โดยโทรเข้าที่ศูนย์ สุขใจใกล้บ้าน หรือติดต่อ อสม.ทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

สรุปผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในชุมชน ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือน กันยายน 2566 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2566

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	จำนวนครั้งที่เยี่ยม	ผลการดูแล
ติดเชื้อ	6	34 ครั้ง	ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 4 ราย มีอาการคงเดิม 2 ราย ผู้ดูแลและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกราย มีครอบครัวที่เข้มแข็งจากศูนย์ฯ จำนวน 5 ครอบครัว
ระยะสุดท้าย	2	15 ครั้ง	ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบทุกราย สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตใจ พระสงฆ์ร่วมดูแลผู้ป่วย 1 ราย

3. แนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่ จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน

ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ อปท. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติ

การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ฯ ที่มีอยู่ในศูนย์สุขใจ ใกล้บ้าน โดยการทำบัญชีวัสดุอุปกรณ์ วางแนวทางการจัดหา การยืม-คืน และการบำรุงรักษา ทั้งนี้ให้ญาติ ยืมวัสดุอุปกรณ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่คิด ค่าใช้จ่าย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ของศูนย์สุขใจใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง

รายการ	จำนวน (ชิ้น)	แนวทางการจัดหา วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ	การ ยืม-คืน	แนวทางการบำรุงรักษา
เครื่องผลิตออกซิเจน	3	- ตั้งตู้รับบริจาค ณ วัด 3 แห่ง	ยืมคืน	1. ซ่อมโดยเจ้าหน้าที่ของ
ออกซิเจนแบบถัง	2	ในพื้นที่บริการของ รพ.สต.	ที่ศูนย์ฯ	ศูนย์ฯ กรณีที่ซ่อมเองได้
เตียงนอนที่สามารถปรับระดับได้	7	หนองพะลาน และทำการศูนย์ฯ		2. ส่งซ่อมที่ร้านในชุมชน/ ศูนย์ฯซ่อมในจังหวัด
เครื่องดูดเสมหะชนิดเคลื่อนที่	1	- ขอสนับสนุนจากกองทุนไฟฟ้าฯ		3. หากวัสดุอุปกรณ์อยู่ใน
อุปกรณ์พยุงเดิน (walker)	9	- ใช้งบประมาณจากกองทุน		ระยะประกัน ให้ติดต่อ
รถเข็นผู้ป่วย	4	สปสข. ตำบลหนองระเวียง		บริษัทที่จัดทำจำหน่าย
ที่นอนลม หรือที่นอนนุ่มๆ	0	- จัดตั้งกองผ้าป่าในวันเปิด		4. ใช้งบประมาณจาก
ชุดล้างแผลชนิด disposable	0	ศูนย์ฯ และเทศบาลอื่นๆ		ครอบครัวผู้ป่วย และ
		ตามความเหมาะสม		เงินบริจาค

4. ความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ

อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ จำนวน 40 คน ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฯ ระหว่างก่อนกับหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรม อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ มีคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฯ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.197, p < .001$ และ $Z = -2.195, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ระหว่างก่อนกับหลังการอบรม ($n = 40$)

ตัวแปร		n	mean rank	sum of ranks	Z	p
ความรู้	negative ranks	4	6.50	26.00	-5.197	< .001
	ก่อน ($M = 10.08, SD = 1.86$)	36	22.06	794.00		
	หลัง ($M = 12.83, SD = 1.74$)	0				
	total	40				
การรับรู้สมรรถนะ	negative ranks	9	21.50	193.50	-2.195	.028
	ก่อน ($M = 60.25, SD = 6.02$)	27	17.50	472.50		
	หลัง ($M = 62.58, SD = 5.47$)	4				
	total	40				

5. การรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อมีการดำเนินการตามระบบเป็นเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้สำรวจการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 44 คน พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของระบบในระดับมากที่สุด ($M = 46.32, SD = 3.87$) โดยมีการรับรู้ประโยชน์สูงสุดในเรื่องการให้ยืมอุปกรณ์ ($M = 4.80, SD = .41$) และมีการรับรู้ประโยชน์ต่ำสุดในเรื่องช่วยลดความเครียดให้ผู้ดูแล ($M = 4.50, SD = .67$) ส่วนความพึงพอใจต่อระบบ พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($M = 32.14, SD = 2.46$) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องความสะดวกในการยืม-คืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ($M = 4.68, SD = .47$) และมีความพึงพอใจต่ำสุดในเรื่องการจัดหางบประมาณมาสนับสนุนระบบ ($M = 4.55, SD = .55$)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้สำรวจการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความต้องการระบบของประชาชนในพื้นที่จำนวน 225 คน (มีผู้ตอบกลับ 216 คน คิดเป็นร้อยละ 96) พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของระบบในระดับมาก ($M = 43.22, SD = 5.88$) โดยมีการรับรู้ประโยชน์สูงสุดในเรื่องการให้ยืมอุปกรณ์ ($M = 4.51, SD = .76$) และมีการรับรู้ประโยชน์ต่ำสุดในเรื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตดีตามสภาวะโรค ($M = 4.21, SD = .73$) ส่วนความต้องการระบบ พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีความต้องการระบบในระดับมาก ($M = 4.50, SD = .46$)

6. ปัจจัยความสำเร็จและจุดควรพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของระบบ มีดังนี้

1. การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เป็นที่ตระหนักของสมาชิกในชุมชน จนกระทั่งได้รับการสนับสนุนให้ระบบดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาชน และนักวิชาการ รวมถึงนโยบายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จุดควรพัฒนาที่สำคัญของระบบ มีดังนี้

1. การบริหารอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถไปประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
2. การขยายพื้นที่บริการ โดยให้ญาติผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียงสามารถเยี่ยมวัดสุขภาพการแพทย์ได้
3. การวางแผนการซ่อมบำรุงวัสดุอุปกรณ์การแพทย์บางประเภท ที่เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถซ่อมเองได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากภาคีหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ และภาคเอกชนในพื้นที่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ประกอบการโรงงาน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้เห็นจุดแข็งและจุดควรพัฒนา จากนั้นร่วมกันออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในความรับผิดชอบของรพสต.หนองพะลาน โดยทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมตัดสินใจอย่างเท่าเทียม สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ของ Arnstein (1969) ที่ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 8 ระดับ โดยการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เรียกว่า “partnership” เป็นบันไดขั้นที่ 5 ซึ่งถือเป็นขั้นเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบ ทำให้ทุกคนเกิดจิตสำนึก

ที่ต้องช่วยกันทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่ผ่านมาที่ได้ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม และส่งผลให้การพัฒนาระบบความสำเร็จ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (มานพ ผสม, 2566) การป้องกันโรค COVID-19 (กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ททรัพย์ศิริโสกา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, และวรรณิ์ ครองยุติ, 2564) การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วัชชวีรี, 2558)

ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพคนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย 2) การจัดหางบประมาณจากภาครัฐและภาคเอกชน 3) การจัดหาวัสดุอุปกรณ์และกำหนดระบบบริหารวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นรูปธรรม และการรับบริจาค และ 4) การกำหนดวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยจัดตั้งศูนย์ให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน) แบ่งการอภิปรายระบบดังกล่าวออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการพัฒนาคน พบว่า หลังการอบรม อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ มีคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผู้เข้าอบรมทุกคนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการอบรมเน้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีสาระเหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าอบรม และมีการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย รวมถึงผู้ให้ความรู้เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลานาน ทำให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของบำรุง วงษ์นิ่ม (2565) และสมิตรา วิษา และคณะ (2561) ที่พบว่า หลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพ และ

การพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อสม.มีสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพทั้งด้านกระบวนการสื่อสารและการใช้ทักษะการสื่อสารสูงกว่าก่อนการพัฒนา และสามารถเข้าถึงชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวม ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้เข้าอบรมยังอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะผ่านการอบรมแล้วก็ตาม ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นองค์ความรู้เฉพาะด้านที่ผู้เข้าอบรมไม่เคยได้รับรู้มาก่อน และการจัดอบรมเพียง 2 วัน อาจเพิ่มความรู้ได้ แต่เพิ่มเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ด้านการจัดหางบประมาณและวัสดุอุปกรณ์พบว่า ชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถแสวงหาการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก เพื่อให้ได้ทุนในการจัดตั้งศูนย์สุขใจใกล้บ้าน และยังได้ประสานงานเพื่อรับการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนถึงศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทั้งในและนอกชุมชน โดยไม่ต้องรอนงบประมาณจากภาครัฐ ลักษณะเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่าชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ (พรฤดี นิธิรัตน และสายใจ จารุจิตร, 2559) นอกจากนี้คนในชุมชนและภาคเอกชนที่ดำเนินธุรกิจในตลาดหนองระเวียง ยังได้ร่วมบริจาคสิ่งของเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขใจใกล้บ้าน สะท้อนถึงความรู้สึกร่วมของชุมชนในการเป็นเจ้าของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น (sense of community ownership) ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดการพัฒนายั่งยืน

ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ทั้งผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการดีขึ้น 2 ราย เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล มีเจ้าหน้าที่และ อสม.ไปเยี่ยมให้

การดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนด้านจิตใจแก่ญาติ รวมถึงการให้ยืมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอีก 4 ราย มีอาการคงเดิม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายที่ป่วยติดเตียงมาเป็นเวลานานและช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากจนถึงไม่ได้เลย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยประเภทนี้ทำได้ยากส่วนใหญ่ใช้การดูแลแบบประคับประคองไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น (พรทวี ยอดมงคล, 2556) ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบทุกราย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วยประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลอย่างมีรูปแบบ มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคลดลงในทุกอาการ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น พบว่า ทั้งกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบและประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับมากขึ้นไป โดยทั้งสองกลุ่มเห็นตรงกันว่า ประโยชน์ที่ได้รับสูงสุด คือ การที่ครอบครัวได้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ชุมชนมีการณรงค์จัดหาอุปกรณ์การแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งการจัดกิจกรรมวิ่งการกุศล และการณรงค์ขอรับบริจาค ทำให้มีอุปกรณ์การแพทย์เก็บรักษาไว้ที่ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน และได้มีการยืมอุปกรณ์มาใช้งานจริงจึงเป็นประโยชน์ที่เห็นเป็นรูปธรรมได้ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องความสะดวกในการยืม-คืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล (2565) ที่พบว่า

ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงที่สุดต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนในพื้นที่มีความต้องการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับมาก แม้ประชาชนจะยังไม่เคยใช้บริการระบบที่พัฒนาขึ้นก็ตาม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตลอดกระบวนการพัฒนาระบบ อยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้สมาชิกในชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นประโยชน์และต้องการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินำระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละชุมชน โดยควรเพิ่มการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ให้มากกว่า 1 ครั้ง และควรหาภาคีในการซ่อมบำรุงอุปกรณ์การแพทย์ที่มีความซับซ้อน

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประสานให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมির่วมสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในชุมชนเดิมอย่างต่อเนื่อง โดยปรับปรุงระบบตามสถานการณ์ของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป แล้วศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ด้วยรูปแบบ “การประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation [DE])”

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566 by Looker Studio*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2559). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน*. สืบค้นจาก <https://phn.bangkok.go.th/images/CareGiver/CG2565/51.pdf>
- กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ. (2552). การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. ใน ประกาย จิโรจน์กุล (บ.ก.), *การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ* (น. 85–114). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภ, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, และวรรณิ์ ครองยุติ. (2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(1), 189–204.
- ทวีศักดิ์ กสิผล, และภัทรา เล็กจิตรธาดา. (2554). หลักการพยาบาลอนามัยชุมชน. ใน จริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (บ.ก.), *การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล* (น. 151–177). กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- บำรุง วงษ์นัม. (2565). การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอทำนุ. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(2), 54–67.
- พรทิวี ยอดมงคล. (2556). *คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.

- พรฤดี นิธิรัตน์, และสายใจ จารุจิตร. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และ สรัญญา วักขววิธิ. (2558). การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัด ขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 22(2), 117–130.
- มานพ ผสม. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของ ชุมชน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 20–30.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=40101>
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2566). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วรัญญา จิตรบรรทัด, และมิ่งขวัญ เกตุกำพล. (2565). ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน ชุมชน. *วารสารมหาดุพานาครพรรณี*, 9(12), 155–170.
- วิโรจน์ ไหววนิชกิจ. (บ.ก.). (2563). *หลักการพยาบาล ผู้สูงอายุ เล่ม 8 หลักการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและ ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยติดบ้านและผู้ป่วยติดเตียง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรจน์. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22–31.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. (2561). *ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย*. สืบค้นจาก <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2561-y60b04.pdf>
- สมิตรา วิชา, ณัฏพัทธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรกร, ณัฐกานต์ ตามบุตรวงศ์, ... ธนัชพร มณีวรรณ. (2561). *การพัฒนาระบบ เครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ช้องหำ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827>
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน* (พิมพ์ ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. doi:10.1080/01944366908977225
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Thai PBS. (2563). *ประชากรที่ป่วยในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://twitter.com/ThaiPBS/status/1309697244023549953>