

พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง New Continuing Care Model for Dependent Elderly Patients

นันทิกานต์ หวังจิ^{1*} และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ¹
Nanthikarn Wangji^{1*} and Amonrat Sangsuwan¹
โรงพยาบาลโคกโพธิ์^{1*}
Khokpho Hospital^{1*}

(Received: September 04, 2021; Revised: January 31, 2022; Accepted: January 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนา รูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ ดำเนินวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนา รูปแบบและ 3) ผลลัพธ์พัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิ ศาสตร์พยาบาล ผู้ดูแล จำนวน 50 คน และ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล จำนวน 60 คู่ ได้รูปแบบการพัฒนา โคกโพธิ์โมเดล เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแบบ PDCA ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายโคกโพธิ์ มีการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย การติดตามนัด และการส่งต่อ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามถึงโครงสร้าง 2) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพัฒนา 3) แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ บ้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .80 -.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พหุคูณ และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่ เชื่อมโยงต่อเนื่องกันทั้งในและนอกสถานบริการและ ญาติยังไม่มี ความมั่นใจหรือพร่องความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

2. รูปแบบการพัฒนา 4 ประเด็นตาม KP-PHO Model ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแล ต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมอยู่ในระดับพึงพอใจ (M=3.56, SD=0.76) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดี (M=2.56, SD=0.52) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลัง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.12, p<.05)

ผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงส่งผล ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลที่บ้านได้ เจ้าหน้าที่ใช้แบบฟอร์มได้ง่ายและมื ความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มในการพัฒนา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: norry19@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-4672334)

Abstract

This participatory action research aimed to develop a continuing care model for dependent elderly patients, and assess its outcomes. The research process was divided into three phases: 1) analysis of incidences, 2) development of the model, 3) outcomes. The participants were 50 public health officials and caregivers as well as 60 pairs of dependent elderly patients and their caregivers. The continuing development model, designed for the PDCA nursing teams, in collaboration with Khok Pho networks, included continuing treatments, discharge planning, appointments for follow-up, and referral. The research instruments were 1) a semi-structured questionnaire, 2) a team's satisfaction evaluation form, 3) an evaluation form of active living activities, and 4) an evaluation form of home health care behavior. Cronbach's alpha coefficient for content validity were ranged between 0.80 - 0.98. Data were statistically analyzed by descriptive statistics and paired t-test. And results were as follows.

1. As for the incidences of continuous caregiving for dependent elderly patients, it was found that they had more and more complications each year since there was no continuous caregiving system connecting to inside and outside medical centers, as well as a lack of confidence and knowledge from the relatives to take care of those patients.

2. The KP-PHO model was divided in 4 sections: 1) a guideline of integrated continuing care, 2) a form for discharge planning, 3) a form for appointments and referral, and 4) a home health care manual.

3. After using the model, the team's mean score was satisfactory ($M=3.56$, $SD=0.76$), while the mean score of home health care behavior was at a good level ($M=2.56$, $SD=0.52$). The comparison between before and after the evaluation of active living activities were statistically significantly different ($t=-5.12$, $p<.05$).

It can be concluded that the new continuing care model for dependent elderly patients could well affect the patients and their caregivers. The medical officials could use the forms easily, and they were satisfied with the outcomes.

Keywords: Model Development, Continuing Care, Dependent Older People

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” คือมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2016) กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสื่อมถอยด้านสุขภาพจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จนทำให้เกิดพยาธิสภาพสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านร่างกาย และจิตเจ้านำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง ติดบ้านเพิ่มจำนวนมากขึ้น National Statistical Office (2017) กล่าวว่า จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยเหลือมากกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้ เนื่องด้วยปัจจุบันศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอย จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนั้นในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องตาม

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยยึดหลัก ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน National Health Security Office (NHSO) (2016) มีการวางระบบการดูแลตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการวางระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเสมอภาคในการดูแล

เครือข่ายอำเภอโคกโพธิ์มีประชากรผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นในแต่ละปีสอดคล้องกับฐานข้อมูลของประเทศ ตั้งแต่ปี 2558-2560 จำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 456, 422 และ 433 ราย ตามลำดับ เป็นอำเภอที่อยู่ใน “สังคมผู้สูงอายุ” คิดเป็นร้อยละ 12, 10 และ 13 (Khokpho District, 2017) ดังนั้นภายในพื้นที่ได้มีการสนองนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพโดย โรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เยี่ยมบ้านตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยบริการ และในปี 2559 ในบางพื้นที่ได้เริ่มมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยบูรณาการการดูแลร่วมกันทุกภาคส่วนในชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลละ 1 คน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามเกณฑ์ 1:10 คน ได้ครบตามเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการ และชุมชน ยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่จึงไม่ได้เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลโคกโพธิ์ตั้งแต่ปี 2558-2560 ดังนี้ ผู้ป่วยและญาติได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 65, 74 และ 75 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 7, 6 และ 6.8 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคปอดบวมและมีการนอนพักรักษาตัวซ้ำจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จำนวน 195, 199 และ 201 รายตามลำดับ (Khokpho hospital, 2017) ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.93, 12.52 และ 9.76 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องโดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาการทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ (Nakgul, 2018; Boonleart, Promarak & Taewpea, 2016) ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Tapasi, Danpradit และ Ratnawijit (2017) ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการติดสติ๊กเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้ป่วย หลังการพัฒนาแบบพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนาแบบ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการและชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ (Ciccone, Celani, Chiamonte, Rossi & Righetti, 2013) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Wicha, 2017) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai (2011) และคอนคาลท์ บริดลีย์และคณะ (Goncalve-Bradley, Doll, Broad, Gladman, Langhorne, Richards, 2017)

Goncalve-Bradley, Doll, Broad, Gladman, Langhorne, Richards (2017) กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนคือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชนและครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3

ระยะคือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็ก การให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อและ ระยะที่ 3 คือการดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Pischalad & Mulpanun (2016) พบว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยบูรณาการการดูแลทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงในบริบทของแต่ละพื้นที่ มีความแตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ มาบูรณาการหลาย ๆ การศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้จากการคิดวิเคราะห์ จากทีมที่ให้การดูแลในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกันภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียงตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ส่งผลต่อความมั่นคง มั่นคง และยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Nursing Division (2014) ที่กล่าวไว้ว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการดูแลตั้งแต่ การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2561- ธันวาคม 2561 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย ร่วมกับการถอดบทเรียน (Lesson Learned)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร และญาติที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 50 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 ราย คัดเลือกโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3)

เป็นอาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) ญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี หรืออายุไม่เกิน 60 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมที่มพัฒนารูปแบบโดยมีประเด็นการประชุมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันในโรงพยาบาลและในชุมชนเป็นอย่างไร 2) ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคที่พบในหน่วยงานของท่านเช่น การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) ท่านต้องการให้เกิดอะไรที่ดีขึ้นกว่านี้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง 4) อะไรที่ดีแล้วในระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการเพิ่มเติมอะไรที่ดีขึ้นบ้าง 5) ท่านคิดว่าควรจะพัฒนาอย่างไรในหน่วยงานของท่าน/ระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามปลายเปิด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วางแผนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา บริบท เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และญาติผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาพัฒนารูปแบบจากกลุ่มตัวอย่าง และการใช้พัฒนารูปแบบกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 ปี และมีประสบการณ์การพัฒนางานคุณภาพ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาจากรายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาจากความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต และติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครมีภาวะพึ่งพิง จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันดังนี้

3.1 ประชุมครั้งที่ 1 ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหา ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และชี้แจงความสำคัญในการทำวิจัย พร้อมกับการใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างแบบสนทนากลุ่มในที่มสุขภาพเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันในโรงพยาบาลและในชุมชนเป็นอย่างไร ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคที่พบในหน่วยงานมีอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่มตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 4 อาทิตย์

3.2 ประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสรุปปัญหาต่าง ๆ จากที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สะท้อนปัญหาในหน่วยงาน และสอบถามเพิ่มเติมจากการประชุมกลุ่ม เกี่ยวกับความต้องการให้เกิดอะไรที่ดีขึ้นกว่านี้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

3.3 ประชุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างพอสังเขป เพื่อนำไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การถอดบทเรียน (Lesson Learned) เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษาตามบริบทสถานการณ์ และตามหลักการดำเนินงานวงจรคุณภาพ PDCA พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันทั้งในและนอกสถานบริการและ ญาติยังไม่มี ความมั่นใจหรือพร้อมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ ด้านการวางแผน (Plan) การดำเนินการ (Do) การติดตาม (Check) และ การปรับปรุง (Act) โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผลสัมภาษณ์ ถอดเทปเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนา พร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อเสนอร่างรูปแบบจากการทบทวนศึกษาวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมตามบริบท และปรับปรุงเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของทีมพัฒนารูปแบบ

3. นำเสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความเหมาะสมสอดคล้อง ซึ่งมี 2 ระดับ จากความสอดคล้อง/เหมาะสม คือ 1 สอดคล้อง/เหมาะสม และ 0 คือ ไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสม โดยมีการประเมิน 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง ผลการวิเคราะห์มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้มีไม้บรรทัดที่สามารถวัดได้ในสมุด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถประเมินเปรียบเทียบขนาดของแผลได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร และญาติที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 50 ราย และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) ภาควิชาเครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) เป็นอาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) ญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี หรืออายุไม่เกิน 60 ปี 5) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน (ติดบ้าน) และมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (ติดเตียง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ญาติผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง และทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สหิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน ใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 มีคะแนน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านระดับดี 1.67-2.33 มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านระดับปานกลาง 1.00-1.66 มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านระดับต่ำ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร Srisaad (2013)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุง (Department of Medical service Ministry of Public Health, 2014) จากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) ล้างหน้า-แปรงฟัน 3) การลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ คะแนนของแบบประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) คะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ติดบ้าน) คะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ติดสังคม)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับคือ พอใจมาก พอใจ พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ไม่พอใจน้อย ไม่พอใจมาก โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจ ใช้ในการคำนวณช่วงการวัดดังนี้ พอใจมาก ช่วงคะแนน 4.21-5.00 พอใจ ช่วงคะแนน 3.41-4.20 พอใจน้อยเกือบจะไม่พอใจ ช่วงคะแนน 2.61-3.40 ไม่พอใจ ช่วงคะแนน 1.81-2.60 ไม่พอใจ ช่วงคะแนน 1.00-1.80 (Srisaad, 2013)

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอนนี้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi – Experimental One group Pretest Posttest Design) ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2561 - ธันวาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม 1) ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 ราย 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 60 ราย 3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยประจำที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแล จำนวน 60 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2561 - ธันวาคม 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ 1) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) เป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5 - 11 คะแนน (ติดบ้าน) และมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน (ติดเตียง) จำนวน 60 ราย 5) มีผู้ดูแลหลักในขณะที่ดูแลที่โรงพยาบาลมีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 6) มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 - ตุลาคม 2561 7) ได้รับการประเมิน ADL ซ้ำ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 เดือน 8) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ (10) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก 1) มีอาการวิกฤตที่ต้องได้รับการส่งต่อ 2) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติในการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขาอาชีพที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานของตนเอง และสำหรับการติดต่อประสานงาน ระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน

1.2 แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย เป็นแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายสำหรับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีการปรับจากรูปแบบเดิมที่ใช้ลักษณะการเขียนซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคสำหรับคนทำงานที่ไม่สามารถเขียนได้อย่างครอบคลุม ทุกคน จึงมีการปรับเป็นแบบฟอร์มสำหรับประเมินในแต่ละหัวข้อ ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ประสาน ส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพใดบ้าง

1.3 แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อ เป็นแบบฟอร์มที่ใช้สัญลักษณ์ที่เห็นได้ชัด เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยอาการเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความรวดเร็วในการดูแล

1.4 คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน ที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน เช่น การทำแผล การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก โดยจะมีการแนะนำอุปกรณ์ต่าง ๆ วิธีการใช้อุปกรณ์ การประเมินการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ โดยปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามMETHODจำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อการพิจารณาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.2 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของ Department of Medical Service Ministry of Public (2014) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบ่งบอกภาระที่ต้องพึ่งพา โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น โดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 0 – 4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) คะแนน 5 – 11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ติดบ้าน) คะแนน 12 – 20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับคือ พอใจมาก พอใจ พอใจน้อย เกือบไม่พอใจ ไม่พอใจน้อย ไม่พอใจมาก โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index Of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 5 ราย และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าระหว่าง .80 -.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

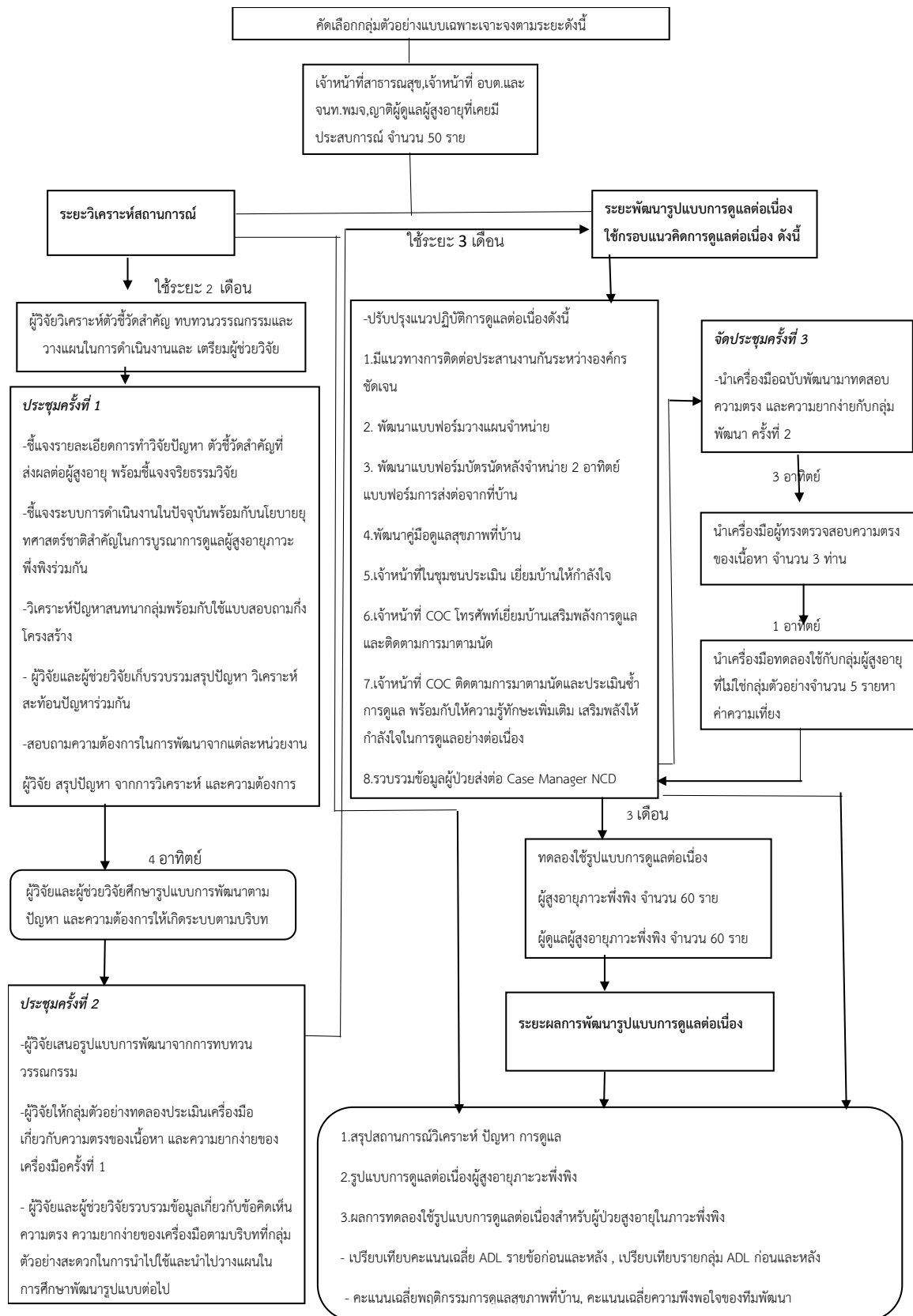
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Nursing Division (2014) กล่าวไว้ว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกัน

เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง การดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการดูแลตั้งแต่การประเมินปัญหา การดูแลทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลโดยการปรับและสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ การดูแลให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online เพื่อเกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงปัญหาการดูแลของผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านจากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลก่อนกลับบ้านโดยเจ้าหน้าที่ COC ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้านโดยที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประเมิน ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ และการโทรศัพท์สอบถามเมื่อมีปัญหาการดูแลที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 การส่งต่อ มีการส่งต่อ Case ผ่าน โปรแกรม Home Health Care Online เชื่อมโยงการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องประสาน Case ส่งต่อทางโทรศัพท์ซ้ำอีกครั้งหลังผู้ป่วยจำหน่าย และมีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการออกบัตรนัดที่มีสัญลักษณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นสัญลักษณ์การติดตามมารับบริการตามนัดหลังจำหน่าย 2 อาทิตย์ และเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มารับบริการในสถานบริการ เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชนติดตามเยี่ยม Case ที่บ้าน และมีการติดตามทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องก่อนถึงวันนัด 1 - 2 วัน เพื่อกระตุ้นเตือนการมารับบริการตามนัด ตามภาพ 1



ภาพ 1 กระบวนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองใช้รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินผลลัพธ์หลังใช้รูปแบบได้แก่ 1) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 35/61 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมวิจัยในคน

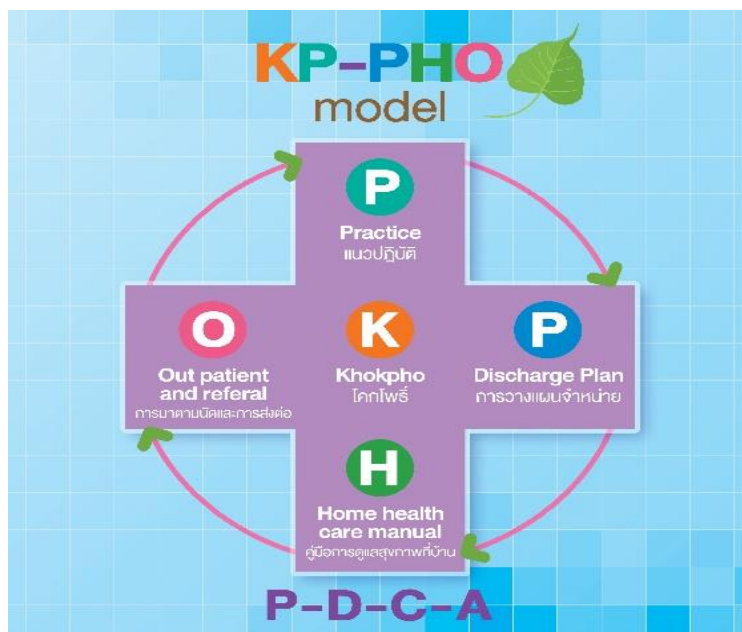
ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทีมพัฒนารูปแบบ จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี ($SD=5.71$) รับราชการเป็นส่วนใหญ่ เป็นพยาบาล เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ค่าเฉลี่ย 13.42 ($SD= 6.09$) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนทั้งหมด 60 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง (ติดบ้าน) จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.33% และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.66 % จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5.52 ($SD=2.99$) เป็นกลุ่มติดบ้าน พบในกลุ่มเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี ($SD=7.29$) สถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษาภาคบังคับเป็นส่วนใหญ่ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ เป็นส่วนใหญ่ และในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี ($SD=10.27$) นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่ ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,093 บาท มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประมาณ 1 - 3 ปี ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

2. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ข้อมูลจากทีมพัฒนาพบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้าน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ได้เพียงร้อยละ 64 และร้อยละ 7 ตามลำดับ (Khokpho Hospital, 2017) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ด้วยสาเหตุการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด จากปัญหาต่าง ๆ ข้างต้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทีมผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาเพิ่มเติม ตามกรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ได้ประเด็นดังนี้ 1) แนวปฏิบัติเดิมที่ใช้ดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุมตามกระบวนการดูแล ควรจะมีแนวปฏิบัติที่สามารถอ่านแล้วเข้าใจง่ายตามกระบวนการและมาตรฐานการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย ส่งต่อและ การดูแลสุขภาพที่บ้าน และที่สำคัญควรมีแนวทางติดต่อประสานงานกับหน่วยงานองค์กรนอกเครือข่ายบริการอย่างชัดเจนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ 2) การวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุมเนื่องจากแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่ใช้ในปัจจุบันมีลักษณะการใช้งานที่ยุ่งยาก 3) ญาติผู้ดูแลหลักไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่ปฏิเสธการมารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการหรือการมาตามนัด เนื่องจากปัญหาอุปสรรคจากการเดินทาง การลืมนัด และการใช้ระยะเวลารอคอยระหว่างที่มารับ

บริการที่โรงพยาบาล 5) การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนเช่น ระหว่างพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขยังมีการทำงานแยกส่วน

3. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการวิเคราะห์ปัญหาตามบริบทของเครือข่าย อำเภอโคกโพธิ์ ทีมมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง KP-PHO Model ร่วมกับการดำเนินงานวงจรคุณภาพ PDCA ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบ KP-PHO Model

จากภาพ 2 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง KP-PHO model ภายใต้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องของกองการพยาบาลร่วมกับวงจรคุณภาพ PDCA ประกอบด้วย 1) K: KHOKPHO หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายโคกโพธิ์ 2) P: Practice หมายถึงแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) P: Discharge Plan หมายถึง แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 4) H: Home health care manual หมายถึง คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน และ 5) O: Out patient and referral หมายถึง การติดตามตามนัดและการส่งต่อ

4. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ ก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test (n = 60)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5.43	2.80	7.00	2.88	-5.12	<.001
การรับประทานอาหารสามารถดื่อกอาหารและ ช่วยเหลือตัวเองได้	0.73	0.45	1.13	0.57	-2.84	0.01
การสามารถล้างหน้า หวีผม โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชม.	0.77	0.43	0.97	0.33	-2.69	0.01
การเคลื่อนไหวกายในห้อง หรือบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้	0.53	0.50	1.07	0.69	-4.28	<.001
การแต่งตัวหรือสวมใส่/เสื้อผ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้	0.40	0.49	0.77	0.12	-3.00	0.01

จากตาราง 1 พบว่าหลังการพัฒนาแบบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่า ก่อนพัฒนาแบบ และเปรียบเทียบรายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือการรับประทานอาหาร ล้างหน้า หวีผม โกนหนวด การเคลื่อนไหวภายในห้อง การแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้า

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test ($n = 60$)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	p-value	แปลผล
ก่อนพัฒนา	1.67	0.48	-1.80	0.08	ติดบ้าน
หลังพัฒนา	1.77	0.50			ติดบ้าน

จากตาราง 2 พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ($n=60$)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	M	SD	แปลผล
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล	2.56	0.52	ระดับดี
การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้าน	2.63	0.49	ระดับดี
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังและสังเกต อาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้าน	2.60	0.49	ระดับดี
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการ ไปตรวจตามนัด	2.83	0.38	ระดับดี
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอ	2.70	0.47	ระดับดี

จากตาราง 3 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ($SD=0.52$) อยู่ในระดับดี และมีบางข้อที่คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้ยา ที่ถูกต้อง และการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนา ($n=50$)

ความพึงพอใจ	M	SD	แปลผล
ความพึงพอใจของทีมพัฒนา	3.56	0.76	ระดับพอใจ

จากตาราง 4 คะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนาหลังได้รับการพัฒนาแบบอยู่ในระดับพอใจ ($M=3.56$, $SD=0.76$)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ เครือข่ายอำเภอโคกโพธิ์มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการ และชุมชนยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเอง การไม่มาตามนัด หรือไม่มารับการรักษาบริการในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การรอคอย พาหนะในการมาและกลับโรงพยาบาล การลี้ภัยซึ่ง กระบวนการสำคัญคือการบูรณาการในการดูแล

ผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างทีมสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ (Ciccone, Celani, Chiamonte, Rossi & Righetti, 2013)

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ซึ่งมีแนวคิดว่าการดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ PDCA ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาการที่สหวิชาชีพต่าง ๆ (Nakgul, 2018; Boonleart, Promarak & Taewpea, 2016) ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Tapasi, Danpradit & Ratnawijit (2017) ศึกษาแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการติดสติ๊กเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้ป่วย หลังการพัฒนาแบบพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการและชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการทำงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ (Ciccone, Celani, Chiamonte, Rossi & Righetti, 2013) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai (2011) กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนคือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็ก การให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อและ ระยะที่ 3 คือการดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Pischalad & Mulpanun (2016) พบว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยบูรณาการ การดูแลที่สหวิชาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากทีมผู้ปฏิบัติงานมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมพัฒนาพบว่า ญาติมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ส่งผลกระทบต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้น และผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเอง

การศึกษานี้ส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากการศึกษาที่ใช้วิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมตามบริบทในพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยสามารถประเมินเกณฑ์การคัดเข้าในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ง่ายและสะดวก ตามแนวทาง METHOD มีการประเมินและการให้ความรู้ได้ง่าย ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการ

ดูแลสามารถประเมินการดูแลวางแผนการดูแล และมีการสรุปการดูแลทั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อเชื่อมโยงในการส่งต่อข้อมูลใน Home Health Care Online ได้อย่างครบถ้วนตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

2. พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) พยาบาลตึกผู้ป่วยในและพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถติดตามการดูแลของผู้ป่วยและญาติที่บ้านโดยใช้คู่มือในการประเมินและเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างพยาบาลโรงพยาบาลและพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำคู่มือเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งใช้รูปแบบที่สวยงาม มีสีสันน่าใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น

2. ควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยติดตามการใช้แบบฟอร์มอย่างต่อเนื่องในรายที่เป็นไปตามเกณฑ์การวางแผนจำหน่าย

References

- Arttaros, T., & Apai, J. (2011). Continuing Model Communicable disease in Child. *Journal Thailand Nursing and Midwifery Council*, 26(Special), 112-125. (In Thai).
- Boonleart, P., Promarak, T., & Taewpea, S. (2016). Continuous Care Model Development for Disability Elders in Bandongmone Health Promotion Hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. *Journal of the office of DPC 7 Khonkaen*, 23(2), 79-87. (In Thai).
- Ciccone, A., Celani, M. G., Chiamonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). *Continuous Versus. Intermittent Physiological Monitoring for Acute Stroke 2013: Intervention Review*.
- Department of Medical Service Ministry of Public Health. (2014). *Screening Guide/Assess the Elderly*. Edition 1. Bangkok: Tahan Pansuak Printing House. (In Thai)
- Goncalve-Bradley, D. C., Iliff, S., Doll, H. D., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). *Early Discharge Hospital at Home: Cochrane Systematic Review*.
- Khokpho District. (2017). *Population Elder Year 2017*. Khokpho District, Pattani Province.
- Khokpho Hospital (2017). *Key Performance Indicator*. Khokpho Hospital.
- Nakgul, N. (2018). The Development of a Care Model for Home-Bound and Bed-Bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 1(7), 36-50. (In Thai).
- National Health Security Office (NHSO). (2016). *Guide Support National Health Longterm Care Edition 1*. (In Thai).
- National Statistical Office. (2017). *Survey Economic and Social*. Bangkok: National Statistical Office. (In Thai).
- Nursing Division. (2014). *Criteria Home Health Care*. Edition 1. Bangkok: Choomnoomshakornkankaset Print House. (In Thai).
- Office of the National Economic and Social Development Council (2016). *Estimate Thai Population Year 2543-2573*. (In Thai)
- Pischalad K., & Mulpanun K. (2016). Improvement of a Continuing Care Model in Child. *Nursing Journal*, 40(3), 96-108. (In Thai).

- Srisaad, B. (2013). *Basic Research New Update*. Edition 9. Bangkok: Suviriya Print. (In Thai).
- Tapasi, W., Danpradit, P., & Ratnawijit, S. (2017). Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 42-54. (In Thai).
- Wicha, S. (2017). Development a Health Service Network for Elderly People in Home-Bound and Home-Bed in Hongha. *Health Promotion Hospital*. (In Thai).