



การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

The Development of a Care Model for Home-bound and Bed-bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality

นิสาชล นาคกุล¹

Nisachol Nakkul¹

¹ศูนย์บริการสาธารณสุข บึงขุนทะเล เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

¹Bungkhunthale Public Health Center Suratthani Municipality

Corresponding author; Email: Nisachol3516@gmail.com

Received: 1 July 2017 Revised: 20 October 2018 Accepted: 21 October 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง 2. พัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง และ 3. ประเมินผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่อาศัยในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จำนวน 135 คน และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้ในการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการดูแล ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Wilcoxon Matched – pairs Signed rank test

ผลการวิจัยพบว่าทีมผู้ให้บริการพัฒนาแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคม

ผลการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($w = -2.122$) และในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าหลังการพัฒนาแบบแผนการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($w = -8.024$)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย; ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง



The Development of a Care Model for Home-bound and Bed-bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality

Nisachol Nakkul¹

¹Bungkhunthale Public Health Center Suratthani Municipality

Corresponding author; Email: Nisachol3516@gmail.com

Received: 1 July 2017 Revised: 20 October 2018 Accepted: 21 October 2018

Abstract

The purpose of this action research was to develop a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani Municipality. The research consisted of three phases, 1) analyzed the situation of each chronically ill patients who were home-bound and bed-bound, 2) developed a care model and 3) evaluate the model. The samples consisted of 135 home-bound and bed-bound patients and 22 members of the multidisciplinary team who provided care for chronically ill patients. The tool of the study was a semi-structured interview questionnaire used for interviews and a focus group. The Barthel's ADL and the patients' perception of health questionnaires were used to evaluate before for evaluation of the care model. The reliability of questionnaires were .76 and .97. Descriptive statistics were used such as percentage, mean and SD. Wilcoxon Matched pairs signed rank was used to compare the variables before and after the model implementation.

The results of the model development yielded five components for the care of chronically ill patients who were home-bound and bed-bound. These were 1) development of the potential care team, 2) development of a follow-up system, 3) development of participation of the patient care network, 4) self-care support, and 5) Social support.

After the model implementation it was found that the daily living activity score of the sample was significantly increased ($p < 0.05$, $w = -2.122$). The perception on health of the sample after model implementation was significantly higher than before ($p < 0.05$, $w = -8.024$).

Keywords: care model; home-bound and bed-bound patient



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่ 1. กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง) 2. กลุ่มโรคเบาหวาน 3. กลุ่มโรคมะเร็ง และ 4. กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด) เป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคเรื้อรัง (NCDs) ในปี พ.ศ.2552 พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดถึง 63% และกว่า 80% เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา และทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรโลก จำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ สำหรับประเทศไทย สถิติในปี พ.ศ.2552 พบว่าประชากร 14 ล้านคนป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากกว่า 300,000 คน คิดเป็น 73% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด ซึ่งกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง¹

จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปี พ.ศ.2558 จำนวน 142,137 คน คิดเป็น 14% ของประชากรทั้งหมด พบเจ็บป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง จำนวน 1,659 คน คิดเป็น 1% ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด² ซึ่งหากผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนติดบ้าน ติดเตียง ตามด้วยคามพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จะเห็นได้จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ในปี 2556 พบว่าร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวานและร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 1.5 อยู่ในสภาวะติดเตียง และ ร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน³

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวนโยบายการดำเนินงาน ในการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรัง โดยกำหนดเป็นมาตรการเป็นแนวทางในการดำเนินงาน เช่น การเฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรค ลดพฤติกรรมเสี่ยง สร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เสริมสร้างสิ่งแวดล้อม ลดเสี่ยงในชุมชน ให้คำปรึกษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาคุณภาพบริการ กำกับ ติดตาม ประเมินผล มีระบบสารสนเทศสำหรับการดำเนินงาน แต่จากการประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรในการดำเนินงานยังขาดความรู้เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย⁴

พื้นที่ศึกษา ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เป็นเครือข่ายการบริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รับผิดชอบจำนวนประชากร 124,763 คน⁵ จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนในเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี พบมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามเยี่ยม ดูแลสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต และนอนติดเตียงจากภาวะโรค และสาเหตุต่างๆจำนวนทั้งสิ้น 452 ราย โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ปกติ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ช่วยตนเองได้บ้าง แต่อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือที่เรียกว่าผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 281 ราย คิดเป็นร้อยละ 62 ของผู้ป่วยทั้งหมด เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 84 ได้แก่ ภาวะแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ติดเชื้อ ปอดอักเสบ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-admission)



ร้อยละ 68 ผู้ดูแลครอบครัวมีความเครียดต่อการดำรงชีวิต ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 100 ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ร้อยละ 64⁶ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังดังกล่าวในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี 4 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง จากการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า แต่ละแห่งมีแนวทาง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่แตกต่างกันและไม่ชัดเจน ทีมดูแลยังขาดความพร้อม ทั้งด้าน วิชาการ ความรู้ในการดูแลเฉพาะโรคของผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ขาดทีมสหวิชาชีพที่ครบครัน บางหน่วยบริการขาดนักกายภาพบำบัด ขาดนักโภชนาการ ในการร่วมติดตามดูแลผู้ป่วย ขาดการประสานงานกัน ระหว่างหน่วยบริการ ในส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง และผู้ให้การดูแล พบว่ามีปัญหาและความต้องการ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว การจัดทำที่ เหมะสม วิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟู ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยใน แต่ละวัน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหาร เป็นต้น⁷

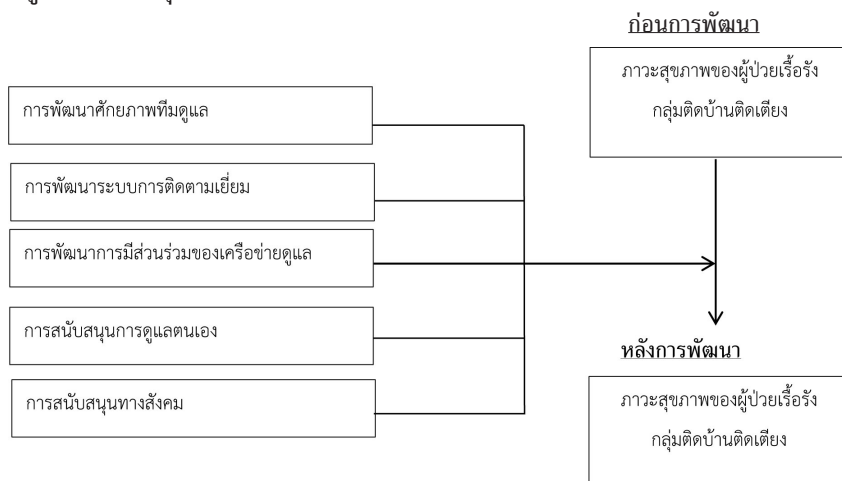
จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงใน เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มดังกล่าว ได้รับการดูแลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะโรคอย่าง ปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ดังนี้





ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป็นผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จำนวน 281 คน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล (Barthel ADL index)⁸ กลุ่มตัวอย่าง ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยทุกคน ที่มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะปกติ ที่สามารถตอบแบบสอบถามในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ จำนวน 135 คน

2. ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทั้งหมดจากทุกหน่วยบริการใน พื้นที่จำนวน 22 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากทุกหน่วยบริการ ปรุณภูมิในพื้นที่ จำนวน 10 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 5 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติด บ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ให้มีความชัดเจน มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้ใช้วิธีการ สอนหากกลุ่ม กับทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งหมด จำนวน 22 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์ สถานการณ์ กำหนดและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป ในขั้นตอนการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล และหลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง คือก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2559 – 30 มิถุนายน 2559 และหลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม 2559 – 1 กันยายน 2559 โดยใช้กระบวนการพัฒนา คุณภาพ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ได้มีการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 คน ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ของแต่ละหน่วย บริการปรุณภูมิในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จัดสนทนากลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 22 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนด และพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้ 5 ประเด็น คือ 1)การพัฒนาศักยภาพทีมดูแล 2)การพัฒนา ระบบการติดตามเยี่ยม 3)การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแล 4)การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5)การสนับสนุน ทางสังคม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (DO) ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 1 ตาม รูปแบบที่ได้กำหนดขึ้นดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพทีมดูแล ได้แก่ การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย แก่ ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมของแต่ละหน่วยบริการ การวางแผนในการใช้ ทีมสหวิชาชีพร่วมกันในสาขาที่บางหน่วยบริการไม่มี เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ



2.2 การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม ดำเนินการโดยกำหนดให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการติดตามเยี่ยม ประเมินสภาพผู้ป่วยครั้งแรกทุกราย และวางแผนดูแลต่อร่วมกับทีม กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนทุกรายอย่างต่อเนื่อง สร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อ กับ รพ.แม่ข่าย และระหว่างหน่วยบริการ

2.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย โดยการเปิดโอกาสให้ องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดย เจ้าหน้าที่ดำเนินการพัฒนา อาสาสมัคร ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ให้การดูแล ร่วมคิดตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.4 การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการที่ทีมผู้ให้บริการ ทีมสหวิชาชีพ ให้ความสำคัญและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ เสริมแรงบวก ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำได้เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง

2.5 การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทำแผล เตียงเพาเวอร์เลอร์ เก้าอี้รถเข็น เครื่องทำออกซิเจน เป็นต้น ประสานงานกองสวัสดิการสังคม เพื่อดูแลเรื่องสิทธิ และสวัสดิการต่าง ๆ ทีมผู้ให้บริการสนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว

3. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check) ติดตามสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ประเด็น การพัฒนาในขั้นตอนการดำเนินการ และดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังการดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4. ขั้นตอนการปรับปรุง (Act) โดยการจัดประชุม สนทนากลุ่ม ทีมผู้ให้บริการ เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานทั้งปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi structured interview) เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม สำหรับทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มี 3 ส่วนย่อย ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ โรค/ภาวะการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ระดับใด ซึ่งบ่งบอกถึงภาระที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น



การแปลผลคะแนน คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดังนี้

0 - 4	คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
5 - 8	คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง
9 - 11	คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง
12	คะแนนขึ้นไป	ไม่มีภาวะพึ่งพา

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง และแบบวัดสุขภาพทั่วไป (SF-36 version 2)⁹ เพื่อประเมินการรับรู้จากสุขภาพทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยภาวะสุขภาพทางกาย (physical health) จำนวน 5 ข้อ และภาวะสุขภาพจิต (mental health) จำนวน 5 ข้อ

การแปลผลค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทั้งรายข้อและโดยรวม ด้วยการจัดระดับคะแนน ออกเป็น 4 กลุ่ม (ระดับ) ผู้วิจัยได้กำหนด เกณฑ์การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Theoretical rang score โดยใช้คะแนนสูงสุดของแบบวัดลบคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยจำนวนระดับ โดยคะแนนรวมสูงสุด ของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเท่ากับ 40 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุด เท่ากับ 10 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนต่ำสุดถึงสูงสุด เป็น 4 ระดับจากการคำนวณ นำค่าที่ได้ มากำหนดคะแนน โดยวิธีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.75	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.76 - 2.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.51 - 3.25	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพดี
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.26 - 4.00	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เลขที่ 2015/04 รับรองตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2558 ถึง 1 กันยายน 2559 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทั้ง 10 แห่ง ชี้แจงการวิจัย และร่วมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
2. ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลนครสราษฏร์ธานี เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลเพื่อวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง
2. วิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเรื้อรัง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง รายข้อ

2.2 สถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ สถิติ Wilcoxon Matched-pair Signed rank test เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีรูปแบบที่ได้พัฒนา คือ

1. การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล ได้มีการพัฒนาทีมดูแลครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนของนักโภชนาการ ที่เป็นวิชาชีพที่ไม่มีในทีมเยี่ยม ได้มีการประสานงานกับแม่ข่าย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการใช้ระบบให้คำปรึกษาเป็นรายผู้ป่วยที่มีปัญหา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมดูแล โดยการเปิดโอกาสให้ทีมกำหนดหัวข้อการอบรม ที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียง โดยในระยะเวลาที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล ได้จัดอบรมแก่ทีมดูแลทุกวันศุกร์ จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง การดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันภาวะข้อติด การทำกายภาพบำบัด การดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต การประเมินผลหลังการอบรม ทีมดูแลมีความรู้ในระดับดี มากกว่าร้อยละ 80

2. การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม ได้มีการกำหนดให้มีแพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยในครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยทุกราย แจกข้อมูลแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อติดตามเยี่ยมรวมกัน ให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน ตามที่ได้ประเมินความจำเป็นในการดูแล กำหนดแผนติดตามเยี่ยมเป็นต่อเนื่อง ชัดเจน ตามความจำเป็นและส่งต่อเพื่อรักษา กรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับ รพ.แม่ข่ายปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่พบว่า การติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม

3. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย องค์กรชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ จากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้มีการกำหนดให้เครือข่าย รวมติดตามเยี่ยมและหาข้อสรุปรวมกัน ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมติดตามดูแลตามแนวทางที่กำหนด และร่วมประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยภายหลังการดูแล โดยเจ้าหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้แก่อาสาสมัคร แตกต่างจากการปฏิบัติเดิม ที่ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

4. การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างความเข้าใจแก่ญาติและผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำได้ เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง



5. การสนับสนุนทางสังคม ได้อุเลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา ด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งของวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทำแผล สายให้อาหาร แผ่นรองขับ เตียงฟลาวเวอร์ รถเข็น เป็นต้น

ภายหลังการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่ได้พัฒนาทั้ง 5 ประเด็น ติดตามประเมินภาวะสุขภาพ ของกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 135 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 มีอายุมากกว่า 80 ปี มากถึงร้อยละ 34.1 โดยมีระยะการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.3 เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มโรค /ภาวะการเจ็บป่วย พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.9 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแล พบว่าหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐานที่เพิ่มขึ้น ภายหลังพัฒนาแบบการดูแล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐานที่เพิ่มขึ้น	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารสามารถตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้	35	25.9	38	28.1
2. การขึ้นลงจากเตียง หรือลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้เอง	10	7.4	14	10.4
3. การเคลื่อนไหวภายในห้อง หรือบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้	11	8.1	15	11.1
4. การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี	26	19.3	28	20.8
5. การขึ้นลงบันได สามารถขึ้นลงบันไดได้เอง	15	11.1	16	11.9
6. การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้เอง	28	20.7	47	34.8
7. การกลั้นปัสสาวะในร 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถกลั้น ได้ปกติ	49	36.3	51	37.8

อย่างไรก็ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างคงเดิมและลดลง ได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ทำได้เอง และความต้องการช่วยเหลือคงเดิมคิดเป็นร้อยละ 54.1 และ 45.9 ตามลำดับ และในส่วนของการไปห้องน้ำ สุขา ช่วยเหลือตนเองได้ดีลดลง จากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 15.6 ส่วนการกลั้นถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าการกลั้นได้ปกติคงเดิมคิดเป็นร้อยละ 38.5 แต่การกลั้นไม่ได้เลยลดลงจากร้อยละ 39.3 เป็นร้อยละ 37.1

เมื่อพิจารณาระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วยไม่เป็นภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น จากเดิมร้อยละ 31.1 เป็นร้อยละ 33.3 มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ลดลง จากร้อยละ 45.2 เหลือร้อยละ 39.3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ลดลง โดยไปเพิ่มจำนวนอยู่ในกลุ่มมีภาวะพึ่งพารุนแรงจากร้อยละ 15.6 เป็นร้อยละ 17.0 และกลุ่มพึ่งพาปานกลางจากร้อยละ 8.1 เป็นร้อยละ 10.4 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน)	61	45.2	53	39.3
ระดับภาระพึ่งพารุนแรง (5 – 8 คะแนน)	21	15.6	23	17.0
ระดับภาระพึ่งพาปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	11	8.1	14	10.4
ระดับไม่เป็นภาระพึ่งพา (12 คะแนนขึ้นไป)	42	31.1	45	33.3

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยทดสอบด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Matched – pairs Signed rank test แบบจับคู่ ที่ระดับนัยสำคัญระดับ .05 พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่แตกต่างจากก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยมีความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย เรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	Mean	SD	n	Wilcoxon Value	Wilcoxon Prob
ก่อนการพัฒนา	7.30	6.64	135	- 2.122	.034
หลังการพัฒนา	7.81	6.69	135		

ในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล แยกเป็นรายข้อ พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมในแต่ละวันได้อย่างปกติ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 48.9 เป็นร้อยละ 63.7 ระยะเวลาที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ นานกว่าปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.0 เป็นร้อยละ 11.9 รู้สึกมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้มากกว่าปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.2 เป็นร้อยละ 11.1 ความรู้สึกไม่เคยมีความสุขและเศร้าหมองไม่เคยเลย เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 12.6 เป็นร้อยละ 26.7 ไม่เคยรู้สึกกระวนกระวายและเครียด เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 34.8 การจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดี พอๆ กับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกัน รู้สึกดีว่ามากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 9.6 และส่วนใหญ่รู้สึกดีพอๆ กัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.1 เป็นร้อยละ 68.9 คิดว่าตนเองไร้ค่า จากเดิมที่คิดตลอดเวลา ร้อยละ 25.0 ลดลงเหลือร้อยละ 2.2 อาการเจ็บหรือปวดเมื่อยของร่างกาย ลดลงจากเดิมตลอดเวลา ร้อยละ 24.4 ลดลงเหลือร้อยละ 1.5 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างที่เคยทำได้ ในแต่ละวัน เช่น การเดินได้น้อยลง จากเดิมรับรู้เป็นประจำ ร้อยละ 37.0 ลดลงเหลือร้อยละ 6.7 และเมื่อเปรียบเทียบ



การรับรู้สุขภาพช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร การรับรู้ที่ดีกว่าเดิมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 19.3 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยทดสอบด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Matched – pairs Signed rank test แบบจับคู่ ที่ระดับนัยสำคัญ ระดับ .05 พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างจากก่อนการพัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	Mean	SD	n	Wilcoxon Value	Wilcoxon Prob
ก่อนการพัฒนา	1.8	1.38	135	- 8.024	.000
หลังการพัฒนา	3.0	0.65	135		

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี กระบวนการพัฒนารูปแบบได้ศึกษาข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในพื้นที่ ตลอดจนการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ กำหนดเป็นแนวทางรูปแบบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย 5 ประเด็นที่ต้องพัฒนา คือ

1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล จากการสนทนากลุ่ม พบว่าแต่ละหน่วยบริการยังขาดความพร้อมของทีมผู้ให้บริการ ทั้งองค์ความรู้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบุคลากร บุคลากรขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขาดสหวิชาชีพในการเป็นทีมติดตามเยี่ยม เช่น ขาดนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น จึงได้พัฒนาศักยภาพทีมดูแลกำหนดให้มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม และการวางแผนการใช้ทีมสหวิชาชีพ ให้ครบครันในการติดตามเยี่ยม โดยการกำหนดแผนเยี่ยมร่วมกัน ใช้ทีมสหวิชาชีพที่บางหน่วยบริการขาดร่วมกัน ในการให้คำปรึกษาแก่ทีม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ กองจันทร์ศรี และอรสา กงตาล¹⁰ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ในประเด็นของการพัฒนาศักยภาพทีม ได้แก่ การประชุมระดมสมองทีมผู้ให้บริการ การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมในการดูแล การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของทีมดูแล กับทีมผู้ให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระดมสมองหาหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (knowledge) ของ บลูม¹¹ ซึ่งกล่าวไว้ว่า กระบวนการเกิดความรู้นำไปสู่ความเข้าใจและนำไปใช้ โดยผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นไปตามลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน โดยชี้ให้เห็นว่า ความรู้เป็นขั้นตอนแรกในการที่สมองรับเอาข้อมูลเข้ามาเก็บไว้ในระบบความจำ จากนั้นขั้นตอนที่สองจึงเป็นเรื่องราวของความเข้าใจในความหมายของข้อมูลจากความรู้นั้น ๆ จนถึงขั้นถ่ายทอดหรือสื่อความหมาย ออกมาให้ผู้อื่นรับรู้ต่อไปได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการเรียนรู้ (learning) ของ บลูม ซึ่งกล่าวว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไป



สู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ความคิด การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะ ทักษะ การเปลี่ยนแปลงด้านความชำนาญ โดยนำความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกไปสู่การปฏิบัติ

2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม จากการสนทนากลุ่มพบว่าการติดตามเยี่ยมขาดความต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.แม่ข่ายที่เป็นรูปแบบชัดเจน การประเมินภาวะสุขภาพขาดทีมสหวิชาชีพที่ครบทีม และขาดการประสานข้อมูลของทีม จึงได้พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมโดยกำหนดให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการประเมินสภาพผู้ป่วยครั้งแรกทุกรายและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมกำหนดแผนการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนทุกรายอย่างต่อเนื่อง สร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อ กับ รพ.แม่ข่าย และระหว่างหน่วยบริการ และประกาศใช้เป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย บุญเลิศ และคณะ¹² เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทีมดูแล

3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย จากการสนทนากลุ่มพบว่าการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ทีมผู้ติดตามเยี่ยมจะเป็นเจ้าหน้าที่ทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย โดยการเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ได้พัฒนาอาสาสมัครให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ให้การดูแลร่วมคิดตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ลำอานศรี¹³ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในประเด็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมจากชุมชนตามรูปแบบอาสาสมัครจิตอาสา เพื่อนช่วยเพื่อน ส่งผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพ ความครอบคลุม การได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลที่ดีขึ้นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวม และสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ วินิจกุล และนิตยา สุขชัยสงค์¹⁴ ศึกษาประเด็นผลของการใช้โปรแกรม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนแสงทอง แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม ซึ่งสันติชัย เอื้อจงประสิทธิ์¹⁵ ได้กล่าวถึงสาระสำคัญของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคล เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ตัดสินใจในการปฏิบัติงานและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ บุคคล เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การปฏิบัติเดิมของทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ยังขาดการให้ความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มุ่งเน้นการให้ผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำ จึงได้กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ เสริมแรงบวก ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร ธรรมนำศีลและคณะ¹⁶ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่



ได้เขตกรุงเทพมหานครในประเด็น การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยชัย สนิท และคณะ¹⁷ ศึกษาวิจัย ผลของการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขเกษม อำเภอภูซุ่ม จังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติตน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁸ ที่กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

5) การสนับสนุนทางสังคม จากข้อมูลพื้นฐานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การสนทนากลุ่ม พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ ประสบปัญหา ภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วย มีความต้องการให้หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ช่วยเหลือ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต เนื่องจากขาดรายได้ ไม่มีงานทำ จึงได้พัฒนาการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทำแผล สายให้อาหาร สายดูดเสมหะ สายสวนปัสสาวะ แผ่นรองขับ อาหารสำเร็จรูป เตียงเพาท์เลอร์ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องทำออกซิเจน เป็นต้น โดยตั้งงบประมาณผ่านโครงการเตียงพยาบาล 1000 เตียงที่บ้าน เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี มีการสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิ สวัสดิการต่าง ๆ ประสานฝ่ายสวัสดิภาพสังคมดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีภิสิกรม และคณะ¹⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ในเขตอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท ในประเด็นการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านรายได้ การศึกษาและการเข้าถึงข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะการพึ่งพา มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นได้ ในส่วนของการวิจัยของโรชินี อุปราและคณะ²⁰ ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลในครอบครัว เป็นผู้ให้การดูแล ทำให้ต้องรับผิดชอบในภาระหน้าที่มากกว่าเดิม รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย ลดความเครียดต่อภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Berkman Glass²¹ กล่าวว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการที่ผู้วิจัย ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังติดบ้านติดเตียง ทั้ง 5 ประเด็น ดังกล่าว โดยได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ทั้ง 5 ประเด็น ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 19 สิงหาคม 2559 และติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ในระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม - 1 กันยายน 2559 พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางกิจกรรมผู้ป่วยทำได้ลดลง เช่น การไปห้องน้ำด้วยตนเองผู้ดูแลจึงควรให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้น เช่น การจัดตั้งเป็นกลุ่มชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเครือข่ายที่สามารถให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ดูแลซึ่งกันและกัน



2. การสนับสนุนการดูแลตนเองในบางกิจกรรม เช่น การไปห้องน้ำด้วยตนเอง ควรมีผู้ดูแล ช่วยเหลือ หรือ อาจช่วยเตรียมอุปกรณ์ หรือปรับเปลี่ยนห้องน้ำให้ผู้ป่วยสามารถไปได้สะดวก เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

3. การสนับสนุนทางสังคม ควรมีการพัฒนาต่อยอด เช่น การจัดตั้งเป็นธนาคารอุปกรณ์ เพื่อรับบริจาควัสดุ อุปกรณ์ ทางกายภาพจากผู้มีจิตศรัทธาให้กับผู้ป่วย เนื่องจากงบประมาณภาครัฐมีจำนวนจำกัด

4. ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้าน สาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ต่อเนื่องจากนโยบายเดิม อย่างเป็นรูปธรรม

References

1. Thai Health Promotion Foundation. NCDs. [Internet]. 2016.[cited 2016 December 14. Available:
2. Social medicine department, Suratthani hospital. Reported number of chronically ill patients 2015. Surat Thani Province; 2016.(in Thai)
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. The situation of Thai older persons. [Internet]. 2014.[cited 5 April 2016]. Available: www.thaitgri.org/?p=36746.
4. Ministry of Public Health. The situation and severity of NCDs. [Internet]. 2016.[cited 2016 December 14. Available: 5/%/%5/%/%5/%/%5/%/%5/%/%5/%/%www.thaihealth.or.th/microsite/content/5/neds/181/34433.
5. Registration and Identification Card Section. Population report in Suratthani Municipality. Suratthani Municipality Office; 2015. (in Thai)
6. Health Care Center, Bungkhunthale. Reported number of chronically ill patients 2015. Suratthani Municipality; 2015.(in Thai).
7. Phuaksawat P. Situations, problems, and health care needs for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani Municipal Community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
8. Department of Health. Barthel activities of daily living: ADL. Ministry of Public Health Ministry of Public Health; 2012. (in Thai)
9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOs 36 items short form health survey (SF 36): Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992;30(6):473-83.
10. Ngoichansri J, Kongtaln O. Development of continuing care for the home - bound and bed - bound elder sin Phetchabun Municipal Community. [Master thesis] Khon Kaen: Khon Kaen University. 2012. (in Thai)
11. Bloom. Bloom's Taxonomy. [Internet]. 2016.[cited 2016 December 14 Available: <https://sirikanya926.wordpress.com>
12. Boonles P. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. Journal of the Disease Prevention Control. 2016;23(2),79-87(in Thai).



13. Sumangsri S. Development of the continuous care guidelines for the home – bound and bed bound elders living in the Vicinity of Family Practice Center, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital 2015;5(1):53-4.
14. Vinijkul S, Suckchaisong N. Effects of a community participation program approach on the health promoting behavior and self-care behavior among chronic disease patients in Community.[Internet]. 2013.[cited 2016 May 24]. Available: [www.ken.ac.th/KEN- Journal/ Journal/22556/Job%2020140226_607.pdf](http://www.ken.ac.th/KEN-Journal/Journal/22556/Job%2020140226_607.pdf).
15. Aujongprasit S. Involvement of People.Bangkok: Samcharoenpanit. 2008.(in Thai)
16. Thamnamsean K. Effect of self – care promoting program on self – care behavior among older adults with Uncontrolled Hypertension in Bangkok Metropolitan. Journal of the Ministry of Public Health Nursing. 2015;29(2). (in Thai)
17. Sanit U. The effects of self-care and social support to reduce Stress of type 2 diabetic patient at Sukkasem Health Promoting Hospital,Kudchum District,Yasothon Province. [Internet] 2011. [cited 2016 August 24]. Available: rdhsj.moph.go.th/62/662/22.pdf
18. Suksripeng B. Orem ‘s self care Theory.[Internet]. [cited 2016 May 3] Available: grad.vru.ac.th/meeting_board/2555-03-meeting/CID/Chon/3Paltanee2.pdf.
19. Thaveegasikum Y. Related to quality of life among Thai caregivers of the chronic disease patients with Dependency in Manorom District, Chainat Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health.2012;31(1), 104-17.
20. Auprala R. Effectiveness of an evidence-based intervention on level of strain experienced by caregiver of stroke patients in Thailand. Rajiabhat Journal of Sciences, Humanities&Social Sciences, Ls,12(2).
21. Berkman Glass T.(2000). social integration, Social network, and health In LF., Berkmand I, Kawachi (Eds.), Social epidemiology. New York: Oxford University Press.