

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง
ของโรงพยาบาลเชียรใหญ่

Development of Nursing Continuous Care Model for Dependent Elderly
Patients in ChianYai Hospital.

นภาพรณ์ บัวพันธ์

Naphaporn Buapan

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: May 1, 2025; Accepted: June 7, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการวิจัยใน 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง และ 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนา โดยใช้กระบวนการวางแผน-ดำเนินการ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง (Plan-Do-Check-Act: PDCA) และแนวทางวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามการพยาบาลต่อเนื่อง แบบประเมินภาวะผู้ดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านพยาบาลหลังจำหน่าย รวมถึงข้อมูลเวชระเบียน

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าระบบบริการยังมีช่องว่างในหลายขั้นตอน เช่น การประเมินที่ไม่ครอบคลุม การขาดแผนจำหน่าย และการส่งต่อที่ไม่เป็นระบบ ในระยะที่ 2 มีการพัฒนารูปแบบที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน โดยเน้นการประเมิน ADL ตั้งแต่แรกรับ การเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. ผลการใช้รูปแบบในระยะที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในทุกองค์ประกอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในด้านการประเมินวางแผน การดูแลทางการพยาบาล การดูแลด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ และการส่งต่อสู่ชุมชน ผู้ดูแลมีความมั่นใจและรู้สึกเป็นภาระน้อยลง ขณะที่ทีมพยาบาลสามารถดำเนินการตามแผนได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน จึงควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น และพัฒนาต่อยอดในระดับนโยบาย เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: การพยาบาลต่อเนื่อง, ผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง, โรงพยาบาลชุมชน, การดูแลที่บ้าน, PDCA

Abstract

This study employed an action research design with the objective of developing a home-based continuous nursing care model for dependent elderly patients within the context of Chian Yai Community Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The research was conducted in three phases: (1) assessing the current situation and challenges in caring for dependent elderly patients, (2) developing a continuous nursing care model, and (3) evaluating the outcomes of the implemented model. The study applied the Plan–Do–Check–Act (PDCA) cycle and adopted a Participatory Action Research (PAR) approach. The participants consisted of a multidisciplinary team of nurses, relevant personnel, and caregivers of dependent elderly patients. Both quantitative and qualitative data were collected using various tools, including a questionnaire on continuous nursing care, a caregiver burden assessment, a post-discharge nursing support questionnaire, and inpatient medical records.

Findings from Phase 1 revealed several gaps in the current service system, such as incomplete assessment procedures, the absence of standardized discharge planning, and a lack of structured referral mechanisms. In Phase 2, a care model was developed to integrate hospital and home-based care, with emphasis on early assessment of activities of daily living (ADL), caregiver preparedness before discharge, and coordination with sub-district health-promoting hospitals (HPHs). In Phase 3, the implementation of the model showed statistically significant improvements ($p < 0.05$) in all components, including medical care planning, nursing care, psychological support, health education, and community referral. Caregivers reported increased confidence and reduced burden, while the nursing team was able to implement the care plan more effectively and systematically. The findings indicate that the developed home-based continuous nursing care model is effective in enhancing the quality of care for dependent elderly patients, reducing complications, and strengthening caregiver capacity within the community. It is recommended that this model be adopted by other community hospitals and further developed into policy-level guidelines to meet the growing needs of aging societies.

Keywords : Continuous nursing care, dependent elderly, community hospital, home-based care, PDCA cycle

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทวีปเอเชียซึ่งมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 58.54 ของผู้สูงอายุทั่วโลก (United Nations, 2024) ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” แล้ว โดยในปี 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” ในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นสถานะที่มีผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ก่อให้เกิดความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่ามีผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงประมาณร้อยละ 21 ของกลุ่มที่ได้รับการประเมิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช รายงานว่าในปีงบประมาณ 2567 ผู้สูงอายุในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 27.83 ของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 48.7 และติดเตียงร้อยละ 0.71 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควบคุมได้ยาก เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ และไตวายเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ครอบครัวจำนวนมากยังไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และขาดความรู้ความสามารถในการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านขาดความต่อเนื่อง ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากมีภาวะเครียด เหนื่อยล้า และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ (ศิริราณี

พงษ์ประดิษฐ์, 2556; นันทิกานต์ คำดี & อมรรัตน์ แสงคำ, 2566)

ที่ผ่านมา มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการเสริมทักษะผู้ดูแล การดูแลแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลอย่างเหมาะสม (วิยะดา วรรณประเสริฐ & ประราณี เพชรแสงทอง, 2561)

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื้องที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเชียรใหญ่ เพื่อส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ในบ้านอย่างมั่นคงและปลอดภัย

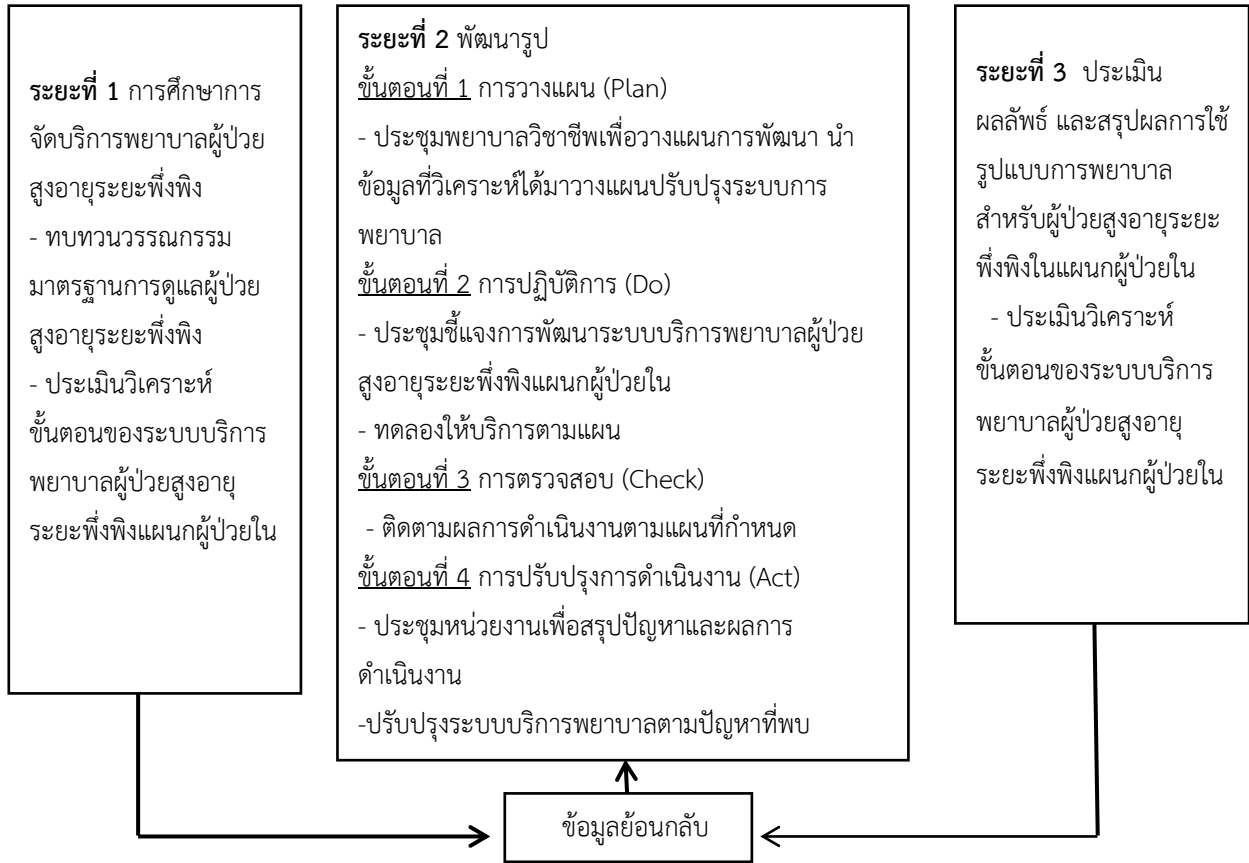
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลต่อเนื้องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลในบริบทของกระบวนการดำเนินงานต่อเนื้องแต่ละขั้นตอน ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื้องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลเชียรใหญ่
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื้องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ภายหลังการพัฒนา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Kemmis & McTaggart แนวทาง

ในการดำเนินงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย บทความวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง แบ่งการดำเนินงาน ออกเป็น 3 ระยะ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอน ตามวงจรปฏิบัติการวิจัย (Research Cycle) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2567 – มิถุนายน 2568

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง

โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง ร่วมกับการถอดบทเรียน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่งที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง ใช้กระบวนการพัฒนา ด้านการวางแผน (Plan) การดำเนินการ (Do) การติดตาม (Check) และการปรับปรุง (Act)

ระยะที่ ๓ ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาล ต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟั้งฟง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความ ต้องการของการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุนะยะฟั้งฟง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการ ปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ร่วมกับ การถอดบทเรียน ประชากรศึกษาประกอบด้วย คือ คณะทำงาน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ของกลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานบริการ ปฐมภูมิและองครวม ผู้รับผิดชอบผู้สูงอายุเครือขาย สุขภาพโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ดำเนินการในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2568 จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่ง ที่บ้าน สำหรับผู้ ปวยสูงอายุ ระยะ ฟั้ง ฟง ใช้ กระบวนการพัฒนา ประชากรประกอบด้วย คณะทำงาน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 4 คน และพยาบาลงานการพยาบาลผู้ปวยใน 20 คน ปฏิบัติงานในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2568 รวม 23 คน

ระยะที่ ๓ ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาล ต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุนะยะฟั้งฟง ประชากร ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟั้งฟงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ปวยในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดย

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการศึกษา และผ่านการตรวจสอบความ เหมาะสม ความชัดเจน และความตรงของเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านเวชกรรม การ พยาบาล และสาธารณสุข

เครื่องมือประเภทแรกคือ เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ฉบับ ฉบับแรกเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุนะยะ ฟั้งฟง ซึ่งใช้เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพของ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ การดำเนินงานด้านการพยาบาลต่อเนื่งที่บ้าน จำนวน 5 ประเด็น โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประเมิน ความถี่ (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ “ปฏิบัติ เป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้คะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้วิธีอันดับภาคชั้น โดยกำหนด ระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้องปรับปรุง (1.00–2.33), ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับดี (3.68–5.00) แบบสอบถามฉบับที่สองใช้สำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟั้งฟง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ประเมินระดับ การได้รับการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่งที่บ้าน จากพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยมี 5 ประเด็นการประเมิน ใช้มาตราส่วนประเมินความถี่ 5 ระดับเช่นเดียวกับฉบับแรก และส่วนที่ 3 เป็นแบบ ประเมินภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุนะยะฟั้งฟง โดยใช้ แบบประเมิน Zarit Burden Interview ฉบับย่อ (12 ข้อ) ซึ่งมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.88 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับดี แบบประเมินนี้มีการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดยแปล

ผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ภาวะระดับน้อย (0-10 คะแนน), ภาวะระดับปานกลาง (11-20 คะแนน), ภาวะระดับมาก (21-30 คะแนน) และภาวะระดับมากที่สุด (31-48 คะแนน)

เครื่องมือประเภทที่สองคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งใช้สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ของการศึกษา โดยเป็นแนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มร่วมกับคณะทำงาน และการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยชุดเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและโปรแกรม Hos-XP, แบบสำรวจขั้นตอนกระบวนการจัดการบริการพยาบาลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ และแบบวิเคราะห์ความสูญเสียเปล่าและแนวทางลดความสูญเสียเปล่าในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน รวมถึงแนวคำถามปลายเปิดสำหรับการประชุมกลุ่มซึ่งครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการจัดการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือทั้งหมดนี้ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยจำแนกตามลักษณะของข้อมูลและวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะของการวิจัย ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสรุป

ค่าต่าง ๆ ของตัวแปรหลัก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และคะแนนต่ำสุด-สูงสุด (Min-Max)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อตรวจสอบสมมติฐานและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้ การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-Ranks Test) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบจับคู่ (paired data) ที่ไม่เป็นอิสระ และข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ (Non-parametric Test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามหนังสือรับรองเลขที่ NSTPH 21/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด มีการขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล และให้ความเคารพในสิทธิ ความลับ และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายตลอดระยะเวลาการศึกษา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ร่วมกับการถอดบทเรียน ผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลจากบันทึกจากประวัติแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟง แฟ้มเวชระเบียน

ผู้ป่วยใน และโปรแกรม Hos-XP พบว่า ข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหลากหลายมิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 17 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะติดบ้าน จำนวน 8 ราย และติดเตียง จำนวน 9 ราย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ล้วนแล้วแต่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการดำรงชีวิตประจำวันในระดับสูง ในด้านภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วย 9 รายจากทั้งหมดมีภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพเดิม ขณะที่ 8 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสัดส่วนเกือบครึ่งต่อครึ่งนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงต้องคำนึงถึงโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน ทั้งนี้จำนวนผู้ที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันมีเพียง 2 รายเท่านั้น แสดงถึงแนวโน้มเชิงบวกในแง่การรักษาและการติดตามหลังจำหน่าย แม้ว่าจะยังต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การเข้าถึงบริการหลังจำหน่ายและการดูแลในครอบครัว เมื่อพิจารณาเรื่องจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีจำนวนวันนอนที่แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 9.94 วันต่อราย ซึ่งค่อนข้างนานในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุ

การสำรวจขั้นตอนกระบวนการงานจัดบริการพยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมินแรกรับ การพยาบาลต่อเนื่อง การจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่าย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินงานที่ชัดเจน แต่กลับพบว่าเมื่ออุปสรรคสำคัญที่เป็นข้อจำกัดต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ในขั้นตอนแรก “การประเมินแรกรับและการวางแผนการดูแล” ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าของไข้ภายใน 1-7 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล พบว่าการประเมินยังขาดรูปแบบมาตรฐานที่ชัดเจน โดยเฉพาะการใช้แบบประเมิน Barthel ADL ซึ่งเป็น

เครื่องมือสำคัญสำหรับประเมินระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ยังไม่ถูกนำมาใช้ในเวชระเบียนอย่างทั่วถึง ส่งผลให้การวางแผนการดูแลขาดความครอบคลุม และจำกัดการพัฒนาการฟื้นฟูตามศักยภาพของผู้ป่วย ในขั้นตอนที่สอง “การพยาบาลต่อเนื่องในระหว่างการรักษา” แม้ว่าทีมแพทย์และพยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลภาวะเจ็บป่วยตลอดช่วงการรักษา แต่กลับพบปัญหาสำคัญ คือ ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงที่นอนโรงพยาบาล อีกทั้งยังมีกรณีที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากไม่มีแบบแผนที่แน่นอนสำหรับการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งมักมีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ขาดทักษะและความรู้ในการดูแลภายหลังออกจากโรงพยาบาล ต่อมาในขั้นตอน “การจำหน่ายผู้ป่วย” ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ดำเนินการในช่วงวันที่ 5-7 ของวันนอน พบว่าการจำหน่ายยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และขาดการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ขณะเดียวกัน บางกรณีไม่มีการสอนทักษะการดูแลต่อเนื่องให้กับญาติหรือผู้ดูแล และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น เครื่องออกซิเจนหรือเครื่องดูดเสมหะ ญาติไม่สามารถจัดหาได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาต่อโดยไม่จำเป็น ทั้งยังพบว่าผู้ดูแลจำนวนหนึ่งรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้การจำหน่ายล่าช้าและส่งผลกระทบต่อทรัพยากรเตียงในโรงพยาบาล ในขั้นตอนสุดท้าย “การสรุปเวชระเบียนและการลงข้อมูล” ดำเนินการหลังจำหน่ายภายใน 1-2 วัน พบว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มักไม่มีการนำเวชระเบียนเดิมกลับมาทบทวนในทุกกรณี ทำให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมและไม่สามารถติดตามผลการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ แบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้สูงอายุ เช่น แบบประเมิน ADL หรือแผนการจำหน่าย มักไม่สมบูรณ์หรือขาดตอน ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล ในการวางแผนการดูแลภายหลัง

แบบสำรวจขั้นตอนกระบวนการงานจัดบริการ พยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ใน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบว่ากระบวนการทั้งหมด ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินแรกรับการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง การจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และการสรุปเวชระเบียน โดยได้มีการสำรวจปัญหาและระบุดูที่พบความสูญเสียเปล่าในแต่ละ ขั้นตอน พร้อมเสนอแนวทางปรับปรุงเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของกระบวนการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ใน กิจกรรมแรก คือ การประเมินแรกรับ พบความสูญเสียเปล่า เนื่องจากแบบประเมินที่ใช้อยู่ยังไม่ครอบคลุมการ ประเมินด้านความสามารถในการดำเนินกิจวัตร ประจำวัน (ADL) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผน ดูแลผู้สูงอายุนะยะพึ่งพิง แม้จะมีแบบประเมินแรกรับ ตามมาตรฐานอยู่แล้ว แต่การขาดคะแนน ADL ทำให้ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อขาดความชัดเจน ดังนั้น แนวทางในการลดความสูญเสียเปล่าคือการปรับปรุง แบบประเมินแรกรับให้ครอบคลุมคะแนน ADL ตั้งแต่ต้น เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วนและไม่ต้องประเมินซ้ำในภายหลัง ในกิจกรรมที่สอง คือ การพยาบาลดูแลต่อเนื่อง ไม่พบ ความสูญเสียเปล่าที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีโอกาส พัฒนาในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลการประเมิน และการ วางแผนระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ การดูแลมีความต่อเนื่องและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สำหรับกิจกรรมที่สาม คือ การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบความสูญเสีย เปล่าที่สำคัญ เนื่องจากแผนการจำหน่ายมักจัดทำในช่วง ท้ายของการนอนโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอใน การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ ผู้ดูแล หรือการส่ง

ต่อข้อมูลให้ทีมชุมชน แนวทางแก้ไขคือการจัดทำ แผนการจำหน่ายตั้งแต่วันแรกของการแรกรับ ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินความพร้อมและวางแผนล่วงหน้าได้ อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมสุดท้าย คือ การสรุปเวช ระเบียน พบปัญหาในเรื่องของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และ ไม่มีระบบติดตามที่เป็นรูปธรรม ทำให้การนำข้อมูลไปใช้ ในการดูแลต่อเนื่องหรือติดตามผู้ป่วยในกรณีที่เกิดมา รักษาซ้ำทำได้ยาก แนวทางการพัฒนาคือการนำระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) เข้ามาช่วยจัดเก็บและเรียกดู ข้อมูลแทนการบันทึกแบบกระดาษ ซึ่งจะช่วยลดภาระ งานซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้อง และอำนวยความสะดวก ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง ที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง เป็นกระบวนการ ที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลัง จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ ในระยะพึ่งพิง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม โดยใช้กระบวนการพัฒนา แบบ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อพัฒนาและ ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan) ในระยะ เริ่มต้น มีการประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อ วิเคราะห์ปัญหาจากเวชระเบียน การประเมิน ADL ที่ยังไม่ทั่วถึง การจำหน่ายที่ไม่มีแผนรองรับ และผู้ดูแลที่ขาด ความมั่นใจ จากนั้นจึงออกแบบแนวทางพัฒนารูปแบบ บริการพยาบาลต่อเนื่องให้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน แรกรับ การสื่อสารกับผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมด้าน อุปกรณ์ ไปจนถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติการ (Do) มีการประชุม ชี้แจงกับบุคลากรในแผนกผู้ป่วยในถึงแนวทางการ ดำเนินการตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น พร้อมเริ่มทดลอง

ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจริง โดยประเมินประสิทธิภาพผ่าน 2 เครื่องมือสำคัญ ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในช่วงแรกก่อนโรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย เพื่อวัดความพร้อมและการเตรียมการดูแล
2. ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสะท้อนถึงคุณภาพของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง โดยเก็บข้อมูลก่อนจำหน่าย และติดตามอีกครั้งหลังผู้ป่วยกลับบ้านครบ 4 สัปดาห์

การทดลองใช้รูปแบบนี้ช่วยให้เห็นผลลัพธ์จริงทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3: การตรวจสอบ (Check) ดำเนินการติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ โดยพิจารณาว่าแนวทางที่วางไว้สามารถปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลหรือไม่ เช่น มีแผนจำหน่ายในเวชระเบียนหรือไม่ ผู้ดูแลได้รับการสอนก่อนกลับบ้านหรือไม่ และข้อมูลที่ส่งต่อให้ รพ.สต. มีความครบถ้วนหรือไม่ รวมถึงเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังจากใช้รูปแบบ ว่ามีการลดภาระผู้ดูแล และเพิ่มความพร้อมด้านการดูแลหรือไม่

ขั้นตอนที่ 4: การปรับปรุง (Act) หลังจากรวบรวมผลลัพธ์ มีการจัดประชุมสรุปร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งพยาบาล แพทย์ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสะท้อนปัญหา ปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน เช่น กำหนดแบบประเมิน ADL ให้เป็นมาตรฐาน เพิ่มการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. รวมถึงพิจารณาใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำในการติดตามผล

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์วิเคราะห์ข้อมูล ความแตกต่าง และสรุปผลการใช้รูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิงในแผนกผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งเป็นสถิติที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระกัน ผลการศึกษาพบว่าในทุกองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยองค์ประกอบที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์ ($Z = -3.62, p < 0.001$) การดูแลทางการพยาบาล ($Z = -3.73, p < 0.001$) การดูแลด้านจิตใจ ($Z = -2.35, p = 0.019$) การให้คำแนะนำ ($Z = -3.48, p = 0.001$) และการส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน ($Z = -4.00, p < 0.001$) ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาในทุกด้านสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการประเมินวางแผน การดูแลทางการพยาบาล และการให้คำแนะนำ ซึ่งเปลี่ยนระดับจาก "ปานกลาง" เป็น "ดี" แสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิงของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพในเชิงประจักษ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟั้งฟั้ง สำหรับสำหรับเจ้าหน้าที่ และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Wilcoxon Signed Ranks Test

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุนะยะฟั้งฟั้งในโรงพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (2-tailed)
	M	S.D.	แปลผล	M	S.D.	แปลผล		
1. การประเมินวางแผนการรักษา และดูแลทางการแพทย์ ในผู้ป่วย สูงอายุนะยะฟั้งฟั้งก่อนจำหน่ายดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	2.84	0.62	ระดับ ปานกลาง	3.91	0.49	ระดับดี	-3.62	<0.001
2. การดูแลทางการพยาบาล	3.18	0.57	ระดับ ปานกลาง	3.91	0.22	ระดับดี	-3.73	<0.001
3. การดูแลด้านจิตใจ	3.61	0.98	ระดับ ปานกลาง	4.04	0.47	ระดับดี	-2.35	0.019
4. การให้คำแนะนำ	3.04	0.88	ระดับ ปานกลาง	4.13	0.46	ระดับดี	-3.48	0.001
5. การส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน	2.80	0.89	ระดับ ปานกลาง	3.63	0.46	ระดับ ปานกลาง	-4.00	<0.001

การเปรียบเทียบระดับการได้รับการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟั้งฟั้ง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการให้บริการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระ ผลการวิเคราะห์พบว่าทุกด้านของการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการพัฒนา (p-value < 0.001 ใน 4 ด้าน และ p = 0.001 ในอีก 1 ด้าน) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างชัดเจน ในด้านการประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์ก่อนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.25 (S.D. = 0.66) ซึ่งอยู่ในระดับต้องปรับปรุง เป็น 3.20 (S.D. = 0.38) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าสถิติ Z = -3.69 และ p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแล

ได้รับการมีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น ส่วนด้านการดูแลทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.04 (S.D. = 0.56) เป็น 3.34 (S.D. = 0.18) พร้อมค่า Z = -3.93 และ p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาได้ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สำหรับด้านการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งถือเป็นมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 1.85 (S.D. = 0.59) ซึ่งถือว่าต้องปรับปรุงอย่างมาก แต่หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.70 (S.D. = 0.47) ในระดับดี โดยมีค่าสถิติ Z = -3.98 และ p-value < 0.001 แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของรูปแบบในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการให้คำแนะนำ ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.08 (S.D. = 0.65) เป็น 3.35 (S.D. =

0.40) จากระดับต้องปรับปรุงเป็นระดับปานกลาง โดยมีค่าสถิติ $Z = -3.86$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลได้รับข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากขึ้น ขณะที่ด้านการส่งต่อดูแลต่อเนื่งสู่ชุมชน แม้ค่าเฉลี่ยจะยังอยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลอง (M

$= 2.78$, $S.D. = 0.34$) แต่ก็เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ($M = 2.00$, $S.D. = 0.68$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.34$, $p\text{-value} = 0.001$) แสดงให้เห็นว่ามี การประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ระบบบริการชุมชน ได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการได้สนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่งที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง ก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Wilcoxon Signed Ranks Test

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุนะยะฟ้งฟ้งในโรงพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (2-tailed)
	M	S.D.	แปลผล	M	S.D.	แปลผล		
1. การประเมินวางแผนการรักษา และดูแลทางการแพทย์ ในผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟ้งฟ้งก่อนจำหน่ายดูแลต่อเนื่งที่บ้าน	2.25	0.66	ระดับต้องปรับปรุง	3.20	0.38	ระดับปานกลาง	-3.69	<0.001
2. การดูแลทางการพยาบาล	2.04	0.56	ระดับต้องปรับปรุง	3.34	0.18	ระดับปานกลาง	-3.93	<0.001
3. การดูแลด้านจิตใจ	1.85	0.59	ระดับต้องปรับปรุง	3.70	0.47	ระดับดี	-3.98	<0.001
4. การให้คำแนะนำ	2.08	0.65	ระดับต้องปรับปรุง	3.35	0.40	ระดับปานกลาง	-3.86	<0.001
5. การส่งต่อดูแลต่อเนื่งสู่ชุมชน	2.00	0.68	ระดับต้องปรับปรุง	2.78	0.34	ระดับปานกลาง	-3.34	0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ระบบบริการพยาบาลต่อเนื่งที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง ของโรงพยาบาลในบริบทของกระบวนการดำเนินงานต่อเนื่งแต่ละขั้นตอน ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง จำนวน 17 ราย พบว่า มีผู้ป่วยติดบ้าน 8 ราย และติดเตียง 9 ราย แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและความต้องการ

ในการฟ้งฟ้งการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

ปิยะวรรณ จิตต์จำนง (2564) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุในภาวะฟ้งฟ้งมักประสบปัญหาด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งจากระบบบริการสุขภาพและครอบครัว เมื่อพิจารณาภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วย 9 รายมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม ในขณะที่อีก 8 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการ

โรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญในระบบการดูแล ผู้สูงอายุนะยะพึ่งพิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษณี วงศ์ชัยวรกุล และคณะ (2563) ที่พบว่า โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนในการดูแลและต้องใช้แนวทางการประเมินแบบองค์รวม อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันมีเพียง 2 ราย หรือคิดเป็นประมาณ 11.76% ซึ่งถือว่าต่ำเมื่อเทียบกับงานวิจัยของ อัจฉรา หงษ์ทอง (2562) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสระบุรี พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันอยู่ที่ประมาณ 20% ผลการศึกษาชี้สะท้อนถึง แนวโน้มที่ดีของการดูแลต่อเนื่องและการวางแผน จำหน่ายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีการ ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและ ครอบครัว จำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.94 วันต่อราย บ่งชี้ถึง ความจำเป็นในการเข้ารับการดูแลทางการแพทย์ที่ ยาวนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลจาก การศึกษาของ สุกัญญา เกิดเรือง (2561) ที่รายงาน ว่า ผู้สูงอายุนะยะพึ่งพิงมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.2 วันใน โรงพยาบาลชุมชน การนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานอาจ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสีย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หากไม่มีการฟื้นฟู ที่เหมาะสม ข้อมูลที่ได้จากระบบ Hos-XP และเวช ระเบียบจึงเป็นหลักฐานสำคัญในการวางแผนการดูแล เชิงระบบที่เชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพ โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน โดยควรส่งเสริมการพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้สูงอายุแต่ ละราย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระของระบบ สุขภาพโดยรวม

จากการสำรวจขั้นตอนกระบวนการงาน การ จัดบริการพยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะ พึ่งพิงในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบว่าการดูแล ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินแรกรับ การพยาบาลดูแลต่อเนื่อง การจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และการสรุปเวชระเบียน ซึ่งสะท้อน ภาพรวมของกระบวนการจัดการผู้ป่วยที่ยังมีช่องว่าง และความสูญเปล่าบางประการ โดยเฉพาะในด้านการ วางแผนและการสื่อสารข้อมูลต่อเนื่องในระบบบริการ สุขภาพ กิจกรรมแรก คือการประเมินแรกรับ พบปัญหา สำคัญในเรื่องการไม่ครอบคลุมข้อมูลด้านความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยระยะพึ่งพิง งานวิจัยของ ชนิดา ชัยวรรณ และคณะ (2562) สนับสนุนข้อค้นพบนี้ โดยระบุว่าแบบประเมิน ADL ควร ถูกบูรณาการในระบบการประเมินตั้งแต่แรกเข้าเพื่อให้ ทีมสหวิชาชีพสามารถวางแผนการฟื้นฟูและจำหน่ายได้ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในกิจกรรมการ พยาบาลดูแลต่อเนื่อง แม้ไม่พบความสูญเปล่าชัดเจน แต่ ยังพบโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพ งานวิจัย ของ ภัทรพร ศรีสมวงศ์ และคณะ (2564) พบว่าการ ประสานงานที่ดีระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ สามารถลดความซ้ำซ้อนในการดูแลและเพิ่มประสิทธิผล ของการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุได้

กิจกรรมที่สาม คือ การจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าการจัดทำแผนการจำหน่ายในช่วง ทำยของการรักษาส่งผลให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการ เตรียมการและส่งต่อข้อมูล ซึ่งเป็นปัญหาที่มีลักษณะ คล้ายกับผลการศึกษาของ นฤมล พงศ์สุวรรณ (2561) ที่

พบว่าการจัดทำ discharge plan ตั้งแต่วันแรกของการแรกรับช่วยลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สุดท้ายกิจกรรมการสรุปเวชระเบียนยังพบปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่มีการติดตามที่เป็นระบบ งานวิจัยของ วัชรภรณ์ วงศ์คำ และคณะ (2565) ชี้ว่า การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาบูรณาการในกระบวนการบันทึกและติดตามผู้ป่วยสามารถเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลและเอื้อต่อการส่งต่ออย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสรุป การพัฒนากระบวนการจัดบริการพยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินอย่างครอบคลุม การวางแผนการจำหน่ายที่เป็นระบบตั้งแต่วันแรก การสื่อสารระหว่างทีมอย่างบูรณาการ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างยั่งยืน ทั้งนี้จะช่วยลดความสูญเสียและยกระดับคุณภาพบริการในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของประเทศไทย

จากการดำเนินการในระยะที่ 2 ของการพัฒนาแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ซึ่งใช้กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกรอบในการพัฒนาและประเมินผลอย่างเป็นระบบ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดภาระของผู้ดูแลได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ในขั้นตอน Plan (การวางแผน) มีการระบุปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ การประเมิน ADL ที่ยังไม่ทั่วถึง การไม่มีแผนจำหน่าย และผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย วัลย์ลดา ทองสุก (2561) ที่ชี้ว่าการไม่มีการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบทำให้เกิดช่องว่างในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่พร้อมและเพิ่มความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ ในขั้นตอน

Do (การปฏิบัติ) มีการทดลองใช้รูปแบบบริการใหม่ โดยเน้นการสนับสนุนผู้ดูแลผ่านการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย รวมถึงการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังการดูแลที่บ้าน ซึ่งแนวทางนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล พงศ์สุวรรณ (2561) ที่เสนอว่าการเตรียมผู้ดูแลล่วงหน้าผ่านการสื่อสารอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตก และยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ในขั้นตอน Check (การตรวจสอบ) มีการติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ และประเมินว่ากระบวนการดูแลสามารถนำไปใช้จริงได้ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ เช่น มีแผนจำหน่ายชัดเจน ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน และข้อมูลการส่งต่อครบถ้วน ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณภา กิตติสกุลชัย (2564) ที่ระบุว่ามีการมีระบบติดตามหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุ ในขั้นตอน Act (การปรับปรุง) มีการปรับปรุงกระบวนการงานอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดแบบประเมิน ADL ให้เป็นมาตรฐาน การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ ศิริลักษณ์ ทองรอด และคณะ (2565) ที่พบว่ากระบวนการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลและติดตามผู้ป่วย สามารถลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้อง และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมโรงพยาบาลและ รพ.สต. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาค่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบต่าง ๆ ในรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระ พบว่าในทุก

องค์ประกอบมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านการประเมินวางแผน การดูแลทางการพยาบาล และการให้คำแนะนำที่เปลี่ยนระดับจาก “ปานกลาง” เป็น “ดี” ซึ่งสะท้อนผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนของกระบวนการพัฒนา ผลการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวรรณ แก้วกันทา และคณะ (2563) ซึ่งดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยพบว่าหลังการดำเนินงานตามแผนที่มีระบบการประเมินและส่งต่อที่ชัดเจน ทำให้คุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของ วรณา กิตติสกุลชัย (2564) ที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการวางแผน การสื่อสารกับผู้ดูแล และการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ปรากฏในผลการศึกษาของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ อีกทั้งผลการศึกษานี้ยังสะท้อนข้อเสนอของ อารยา ศรีรักษา และคณะ (2565) ที่เน้นว่าการใช้กระบวนการประเมินและพัฒนารูปแบบบริการอย่างเป็นระบบ โดยมีเครื่องมือวัดผลชัดเจน เช่น การวิเคราะห์เชิงสถิติ และการประเมินผลโดยตรงจากผู้ให้บริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและทำให้เกิดการปรับปรุงต่อเนื่องในเชิงนโยบายระดับโรงพยาบาล โดยสรุป การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบที่ศึกษา แสดงถึงประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งด้านคลินิกและการจัดการข้อมูล ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นตัวแบบในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟิงในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการเปรียบเทียบระดับการได้รับการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติของการดูแล ($p < 0.001$ ใน 4 ด้าน และ $p = 0.001$ ในอีก 1 ด้าน) ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการพัฒนา ที่สามารถยกระดับการดูแลจาก “ต้องปรับปรุง” ไปสู่ระดับ “ปานกลาง” หรือ “ดี” ในหลายองค์ประกอบ โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ การสื่อสาร และการดูแลด้านจิตใจ ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดที่สุด ได้แก่ การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.85 เป็น 3.70 และมีค่าสถิติ $Z = -3.98$, $p < 0.001$ แสดงถึงความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาในการส่งเสริมความมั่นใจ ลดความเครียด และให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณิ จันทรเขียว และคณะ (2562) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ดีไม่ควรจำกัดเฉพาะด้านกายภาพเท่านั้น แต่ต้องบูรณาการการดูแลทางอารมณ์และจิตใจควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดความสมดุลในระบบสนับสนุนที่บ้าน ในมิติของการประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.25 เป็น 3.20 ($Z = -3.69$, $p < 0.001$) สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นของผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่าย ซึ่งคล้ายกับข้อค้นพบของ นฤมล พงศ์สุวรรณ (2561) ที่ชี้ว่าการมีแผนการจำหน่ายและดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถเตรียมความพร้อมและลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาในด้าน การดูแลทางการพยาบาล และการให้คำแนะนำ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($Z = -3.93$ และ -3.86)

ตามลำดับ, $p < 0.001$) ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรา พันธุ์วิเศษ (2563) ซึ่งเน้นว่าการให้ข้อมูลและ แผนการดูแลที่เข้าใจง่าย มีระบบติดตามที่ชัดเจน และมี กระบวนการประเมินซ้ำหลังจำหน่าย สามารถเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแลและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลที่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญ สุดท้าย ด้านการส่งต่อดูแล ต่อเนื่องสู่ชุมชน ซึ่งมีการพัฒนาอย่างชัดเจน ($Z = -3.34, p = 0.001$) สะท้อนถึงการเชื่อมโยงระหว่าง บริการในโรงพยาบาลกับระบบบริการปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งตรงกับข้อเสนอของ ศิริลักษณ์ ทองรอด และคณะ (2565) ที่ระบุว่าการจัดระบบส่งต่อด้วยข้อมูลที่ครบถ้วน และทันเวลา ช่วยให้ รพ.สต. และครอบครัวสามารถสาน ต่อการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิงโดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการ พยาบาลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการ ประเมิน การวางแผน การดูแล และการส่งต่อ ซึ่งเป็น องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน และ ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาล ระดับอำเภอทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ส่งเสริมการใช้รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านเป็นแนวทางมาตรฐานในโรงพยาบาลระดับอำเภอ จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิงและ ลดภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ โรงพยาบาลชุมชน ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน โดยเน้นกระบวนการ PDCA ตั้งแต่การวางแผน การ ปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บริการพยาบาลต่อเนื่องมีความครอบคลุมและ ยั่งยืน

2. พัฒนาเครื่องมือประเมินและระบบข้อมูลให้ มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับชุมชน ผล การศึกษาเน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งต่อข้อมูลที่มี ประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. จึงควรมี การพัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถบันทึก ประมวลผล และส่งต่อข้อมูลที่เป็น เช่น แบบประเมิน ADL แผนการจำหน่าย และคำแนะนำการดูแล เพื่อให้ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและลดความซ้ำซ้อนในการ ทำงานของทีมสุขภาพ

3. จัดอบรมเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลและ บุคลากรสาธารณสุขในด้านการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าด้านจิตใจและการ ให้คำแนะนำมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างเด่นชัด หลังจากการพัฒนา ควรมีการจัดอบรมให้กับบุคลากร ทางการแพทย์และผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องใน ด้านการสื่อสาร การประเมินสุขภาพจิต และการให้ คำแนะนำเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในมิติร่างกาย อารมณ์ และ สังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่และ หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและ ความสามารถในการทั่วไปของผลการวิจัย ควร ดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่หรือ หลายโรงพยาบาลที่มีบริบทต่างกัน ทั้งในเขตเมืองและ ชนบท เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและ ประสิทธิภาพของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
2. ศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะเน้นผลลัพธ์ใน ระยะสั้น เช่น ระดับความรู้สึกเป็นภาระและความพร้อม ของผู้ดูแลหลังกลับบ้าน 4 สัปดาห์ แต่การวิจัยในอนาคต

ควรติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อประเมินผลกระทบอย่างรอบด้าน

3. เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการดูแลที่ต่างกัน ควรมีการออกแบบการวิจัยเปรียบเทียบระหว่าง

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบใหม่กับรูปแบบที่มีอยู่เดิม หรือเปรียบเทียบระหว่างการดูแลที่มีผู้ดูแลผ่านการอบรมกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ

อ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563*. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ชนิดา ชัยวรรณ, สุจิตรา ขุนทอง, & อรุณี ลิ้มประยูร. (2562). *การใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ในโรงพยาบาลชุมชน*. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 45–57.
- ทิพาวรรณ แก้วกันทา, สุจิตรา ขุนทอง, & กาญจนา บุญมี. (2563). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน*. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2), 22–34.
- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. (2566). *แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ.
- นันทิกานต์ คำดี, & อมรรัตน์ แสงคำ. (2566). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิงในโรงพยาบาลชุมชน*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นฤมล พงศ์สุวรรณ. (2561). *การวางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(2), 89–98.
- ปิยะวรรณ จิตต์จำนง. (2564). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้แนวทางการจัดการรายกรณีแบบบูรณาการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรา พันธุ์วิเศษ. (2563). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะพึ่งพิงในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพ*. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(3), 122–134.
- ภัทรพร ศรีสมวงศ์, สุภาพร วงศ์ทองดี, & นิภา จันทร์ทอง. (2564). *การประสานงานของทีมสหวิชาชีพต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง*. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 18(3), 112–124.
- วัชรภรณ์ วงศ์คำ, สายฝน บุญยีน, & สุภารัตน์ สมทอง. (2565). *การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเรื้อรัง*. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ, 12(1), 15–26.

วัลย์ลดา ทองสูก. (2561). การวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลระดับอำเภอ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(1), 34-44.

วรรณภา กิตติสกุลชัย. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟงในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพชุมชน, 5(3), 1-13.

วิยะดา วรรณประเสริฐ, & ประราลี เพชรแสงทอง. (2561). การพัฒนารูปแบบการเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟงในชุมชน. วารสารพยาบาลชุมชน, 24(1), 45-58.

ศิริภาณี พงษ์ประดิษฐ์. (2556). ภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวไทย: ผลกระทบและแนวทางการจัดการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 22(3), 112-123.

ศิริลักษณ์ ทองรอด, กนกพร สุขสมศรี, & อัจฉรา มงคล. (2565). การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 20(2), 79-90.

สุกัญญา เกิดเรือง. (2561). ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟงในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลชลบุรี, 43(3), 211-219.

สุวรรณณี จันทร์เชียว, สุมาลี พรหมภิรมย์, & นุชรีย์ รัตนคุณากร. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟงของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33(2), 59-72.

อัจฉรา หงษ์ทอง. (2562). การวิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(6), 1042-1052.

อารยา ศรีรักษา, ธนากร พรหมรักษา, & ศุภลักษณ์ สิ้นธพานนท์. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(1), 45-57.

อุษณี วงศ์ชัยวรกุล, สุภาณี วุฒิพรหม, & นางลักษณ์ หงส์ตารมภ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2), 32-45.

โรงพยาบาลเชียรใหญ่. (2567). รายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุและข้อมูลผู้รับบริการสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2567. จังหวัดนครศรีธรรมราช: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียรใหญ่.

United Nations. (2024). *World Population Ageing 2023 Highlights*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Ageing-2023>