

การพัฒนาแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุบลรัตน์

The Development of A Care Model for Dependent Elderly Patients with A Continuum of Care Process Ubonrat Hospital.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

พวงเพชร จันทบุตร¹ คนรัตน์ เดโฟสเซซ¹
Puangpech jantabood ¹ Kanarat Defossez¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล เครือข่ายสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน จำนวน 30 ราย และ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 30 คู่ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามถึงโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนาแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1)พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองบ้าน 3)เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่องทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนารูปแบบมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับสูง และประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลังพบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ : การดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะพึ่งพิง กระบวนการดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This research was action research with the objective of studying the situation in order to develop a continuous care model for elderly patients who are dependent. and evaluate development results. Sample size consisted of multidisciplinary teams throughout the hospital. health network and community care network partners, 30 cases, and 30 pairs of dependent elderly patients and their caregivers. Tools for conducting research Including a semi-structured questionnaire. Assessment of team satisfaction with model development Assessment of daily activities (Activity Daily Living, ADL) and home health care behavior assessment Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics such as paired t-test statistics.

The results of the research found that the development model has 5 issues as follows: 1) Develop a discharge planning form. 2) Develop a home self-care manual. 3) Increase access channels and receive services in the hospital. 4) Follow up on telephone calls. 5) Have guidelines for integrating continuous care from a multidisciplinary team. When trying out the format, the format development team has The average score for health care behavior at home was high. And evaluation of daily activities (ADL) by measuring before and after found that ADL scores increased with statistical significance ($p<.05$).

Keywords: care for elderly patients, dependency, continuous care process

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2561 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด นั่นคือโลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาแล้วหลายปี ตามการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโลกนี้จะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในต้นปี 2562 สหประชาชาติคาดประมาณว่าในปี 2561 ประเทศในกลุ่มอาเซียน มีประชากรทั้งหมด 654 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุจำนวน 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดเท่ากับว่าอาเซียนได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุในปี 2561 ประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 18) เวียดนาม (ร้อยละ 12) และมาเลเซีย (ร้อยละ 10)¹ ปี 2564 ประเทศไทย มีประชากรรวม 66.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565²

ดังนั้น ภายใน 2 ปี จะต้องสามารถวางระบบเพื่อจัดการภาวะคุกคามด้านสาธารณสุขของไทยและของโลก ใน 3 ประเด็นก่อน คือ โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสังคมผู้สูงอายุ³ การที่มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes)⁴ มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืน

ยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทาง การแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง⁵

ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน⁶ ดังนั้นการดูแลต่อเนื่อง จึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวย และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของอังกฤษซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสาชล⁶ พบว่านโยบายการสนับสนุนการจัดบริการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ในระบบปัจจุบันพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจึงมีความสำคัญที่ต้องมีการจัดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกันถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่า

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ⁷ ที่มีการศึกษาพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันโดยมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่า ส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันกับนิสาชล⁶ พบว่า การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแล และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น

จากฐานข้อมูลประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 พบว่าอำเภออุบลรัตน์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 7173 คน คิดเป็นร้อยละ 17.15 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภอ⁸ และจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดทบทวนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ได้มีการนำรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนการมีแบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และไม่ครอบคลุมการเชื่อมโยง

ระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายและทีมสหอาชีพต่าง ๆ ที่ต้องมีระบบการดูแลร่วมกัน จึงส่งผลต่อการเข้าถึงและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 64 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 6.7⁹ จึงเกิดอุบัติการณ์ การมาพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลมีการติดเชื้อมีกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามบริบทของอำเภออุบลรัตน์ และเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
2. เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Action Research) มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ใน

เครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 2) การพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 กระบวนการ และ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

1. ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-11 จำนวน 30 ราย

3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย

เงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน 2) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่ 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 5) พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำการวิจัย หรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษา 6) ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

คัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มอย่าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่ง

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ดังนี้ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-11 และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนาแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการออกแบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัวอาศัยอยู่กับ สหิการรักษ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 6 ข้อได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 13 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร¹⁰ ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.34 - 3.00	ระดับดี
1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบประเมิน กิจกรรมประจำวัน (Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบ

ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวกายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้

0 – 4 คะแนน ติดเตียง

5 – 11 คะแนน ติดบ้าน

12 – 20 คะแนน ติดสังคม

ชุดที่ 4 แบบสำรวจความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจเลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5 คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ ไม่พอใจมาก ให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้¹¹ (Best, 1977: อ้างใน อาริรัตน์, 2557) กำหนดคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
4.21-5.00	พอใจมาก
3.41-4.20	พอใจ
2.61-3.40	พอใจน้อยเกือบจะไม่
1.81-2.60	ไม่พอใจ
1.00-1.80	ไม่พอใจมาก

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย นำเครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC)¹² ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ 0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์

แอลฟา คอนบราต โดยได้ค่า เท่ากับ 0.98 และ 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD = 6.09) โดยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดลองการใช้รูปแบบได้ผลในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงอำเภออุบลรัตน์ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ ภาระงานที่มีจำนวนมาก 2) การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่บูรณาการการดูแลระหว่างทีมวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำ

เหมือนคนไข้อยื่นๆทั่วไป 3) ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อบ้านที่เป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง 4) ควรจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในบริบทของอำเภออุบลรัตน์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ คือ 1) พัฒนาแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่มีลักษณะการประเมินครอบคลุมตามหลัก METHOD ใช้อย่างเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงจากชุมชนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้ารับและเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงบูรณาการกันดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 30 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (SD = 7.29 มีสถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีประวัติ

เป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 43.33 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (SD = 10.27 มีสถานภาพคู่ ได้รับการศึกษาในระดับประถม เป็นร้อยละ 46.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช้งานได้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ paired t-test (n = 60)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	M	SD	P-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	5.53	2.99	0.000
หลังพัฒนารูปแบบ	9.43	4.56	<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD = 6.09) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ⁷ พบว่าส่วนใหญ่ทีมพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี จึง

ส่งผลต่อการวิเคราะห์ปัญหาและคิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดีส่งผลต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช้งานได้ เมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วตามแบบฟอร์มที่กำหนดส่งผลให้สามารถติดตามทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพโดยมีการสอน สาธิต และแนะนำการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองและที่สำคัญก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกรายที่มีปัญหาต้องดูแลต่อเนื่องต่างๆ ได้รับการประเมินซ้ำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินการดูแลให้กำลังใจญาติและเสริมความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับญาติ ซึ่งภายในสมุดมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาการดูแล สอนวิธีการทำแผล การประเมินแผล ลักษณะแผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ และคณะ¹³ พบว่าการมีสมุดสำหรับการดูแลที่บ้านให้กับญาติผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายที่ดีตั้งแต่โรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพและมีการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องพบว่าคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คะแนนความเครียดของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา และเกษณี¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแล โดยมีการพัฒนาตั้งแต่การประเมินปัญหา

แนะนำ สอนและสาธิตตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลในชุมชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ ซึ่งผลการดูแลไม่แตกต่างกันกับการศึกษาของวรรณรา และกัญญา¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาพบว่า การมีแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่ออย่างชัดเจนส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติสถิติ $P < .05$

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดีเนื่องจากรูปแบบการพัฒนาขึ้นที่มีกระบวนการการให้คำแนะนำ สอนสาธิตจากการปรับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเพื่อใช้สะดวกและง่ายขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน การโทรศัพท์ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การมีพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติที่มีระบบการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และทีมสหสาขาอาชีพต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล⁷ พบว่าการพัฒนาโดยชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรขึ้นพื้นฐานและการมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น และจากการนำรูปแบบมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานจึงได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบกับทีม เพื่อมาวางแผน พัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปกระบวนการ PDCA เพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนต่อไป

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง พบว่าเฉลี่ย = 3.5 SD -0.7 ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึง

พอใจ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ทีมพัฒนาได้มีการคิดวิเคราะห์พัฒนารูปแบบร่วมกันกับผู้วิจัยจึงส่งผลต่อความพึงพอใจ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา และคณะ¹⁵ ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทีมพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบพัฒนาโดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบในการพัฒนาร่วมกันส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับดี

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากการออกแบบและศึกษาวิเคราะห์ปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการออกแบบตามปัญหาและความสะดวกในการใช้ตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนบูรณาการการดูแลติดต่อประสานงานร่วมกันตั้งแต่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายทีมสุขภาพ และทีมสหอาชีพต่างๆที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกันเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วและสะดวกในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่องจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมิน คัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ การรวบรวมข้อมูล การจัดทำรายงาน และจะต้องมีทักษะในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดีจึงจะสามารถขับเคลื่อนกระบวนการดังกล่าวให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก <http://thai.org/?p=38670>.
- 2.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก <http://thai.org/?p=40101>.
- 3.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือ แนวทางการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557.[ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_5.pdf วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 Regional Health Promotion Center 9 Journal Vol. 17 No. 1 January-April 2023 270
- 4.สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก:<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2903/hs1670.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 5.กองการพยาบาล (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1) ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวันจำกัด.

- 6.ณิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 1(7), 36-50.
- 7.พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภดี แถวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 79-87.
- 8.ระบบรายงาน [อินเทอร์เน็ต]. รพ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2564 [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.
จาก: <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/>.
- 9.ตัวชี้วัดงานเยี่ยมโรงพยาบาลอุบลรัตน์, 2563.
- 10.ธนาภย์ อามาศย์มุลตรี, ชุศักดิ์ นิธิเกตุกุล และอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ .(2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปทุมธานี อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร.วารสารเกื้อการุณย์. 2559 ปีที่23 ฉบับที่ 2 ; 69-85.
- 11.อารีรัตน์ คมสว..(2557, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- 12.บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- 13.นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์, 13(1), 47-61.
- 14.ชนิษฐา พิศฉลาด, และเกษมณี มูลปานันท์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. พยาบาลสาร, 40(3), 96-108.
- 15.วรรณวรา ไหลวารินทร์.กัญญา เลี่ยนเครือ.(2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. วารสารกองการพยาบาล. 43(3). 93-114