

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์ Development of a continuous care model for dependent elderly at Ubonrat Hospital.

(Received: June 15,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

พวงเพชร จันทบุต¹ เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย¹ นิภา ไทโส¹ คนรัตน์ เดโฟสเซ¹ รัชณี พจนา¹
สุรดา โพธิ์ตาทอง วรลักษณ์ กองสิน
Puangpech Jantabood¹, Yaowalak Mukkanoi¹, Nipa Thaiso¹, Kanarat Defossez¹, Ratchanee Potchana¹, Surada
Photatong , Waralak Kongsin¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ใช้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 30 คู่ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่กรกฎาคม 2566 –เมษายน 2567 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนารูปแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมอยู่ในระดับพึงพอใจ ($M=3.56$, $SD=0.76$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลที่บ้านอยู่ในระดับดี ($M=2.56$, $SD=0.52$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.12$, $p<.05$)

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

Abstract

This research was action research aimed to study the situation in order to develop a model for continuing care for dependent elderly people. and evaluate development results sample size were 30 pairs of dependent elderly patients and their caregivers, conducting research from July 2023 - April 2024. 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 assessment of home health care behavior of caregivers and nurse satisfaction Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics, including Pair t-test statistics.

The results of the research found that: After using the model, it was found that the mean satisfaction of the team was at a satisfactory level ($M=3.56$, $SD=0.76$). The mean score of health care behavior of elderly patients and home caregivers was at a good level ($M= 2.56$, $SD=0.52$) and comparing the mean score of ability to perform daily activities before and after increased with statistical significance ($t=-5.12$, $p<.05$)

Keywords: Develop a model, continuous care, dependent elderly

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2561 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้าน

คน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโลกนี้จะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในต้นปี 2562 สหประชาชาติคาดว่าจะมีในปี 2561 ประเทศ

¹ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

ในกลุ่มอาเซียน 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

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 และคาดว่าในปี 2574 จะมีผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศไทย กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ดังนั้น ภายใน 2 ปี จะต้องสามารถวางระบบ เพื่อจัดการภาวะคุกคามด้านสาธารณสุขของไทยและของโลก ใน 3 ประเด็นก่อน คือ โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสังคมผู้สูงอายุ² การที่มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes)³ มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอย่างแน่นอน การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์ สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐบาลจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง⁴

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงทีมพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยสูงอายุ และญาติให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกัน ถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ⁵ มี การศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่าง

ต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่าส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่แตกต่างกันกับนิสาชล นาคกุล⁶ พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน ต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น จากฐานข้อมูลประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ.2564 พบว่าอำเภออุบลรัตน์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 7262 คน คิดเป็นร้อยละ 17.15 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภออุบลรัตน์⁷ และจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 60 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด ทบทวนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ได้มีการนำรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนการมีแบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนระหว่างทีมพยาบาลวิชาชีพและไม่ครอบคลุมการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่ต้องมีระบบการดูแลร่วมกัน จึงส่งผลต่อการเข้าถึงและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 64 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 6.7 จึงเกิดอุบัติการณ์การมาพำนักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

มีการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามบริบทของอำเภออุบลรัตน์และเชื่อมโยงระหว่างทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 2) การพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 กระบวนการ และ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 จำนวน 30 ราย และญาติผู้สูงอายุดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย

เงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 สมัยครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน มีทักษะอ่านออกเขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ สมัยครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน มีอายุมากกว่า 18 ปี มีทักษะอ่านออกเขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่ เสียชีวิตระหว่างการวิจัย พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัยหรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาและอยู่ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยที่พัฒนาแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการออกแบบ 1 ชุด มี 5 คำถาม
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 7 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว สถานะของผู้ดูแล และสิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ โดยปรับจากรูปแบบ

การวางแผนจำหน่ายตาม METHOD จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 18 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ดังนี้

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

ชุดที่ 4 แบบประเมิน กิจกรรมประจำวัน (Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปลระดับคะแนน ดังนี้

0 – 4	คะแนน ต่ำเตี้ย
5 - 11	คะแนน ต่ำปาน
12 - 20	คะแนน ต่ำสูง

ชุดที่ 5 แบบสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจเลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5 คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ ไม่พอใจมาก ให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้¹² (Best, 1977: อ่างใน อารีรัตน์, 2557) กำหนดคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
คะแนน 4.21-5.00	พอใจมาก
คะแนน 3.41-4.20	พอใจ

คะแนน 2.61-3.40	พอใจน้อยเกือบจะไม่
คะแนน 1.81-2.60	ไม่พอใจ
คะแนน 1.00-1.80	ไม่พอใจมาก

ชุดที่ 6 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) แผลกดทับ
ชุดที่ 7 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษารักษาซ้ำ
วันเดือนปีที่กลับมารักษารักษาซ้ำ โรค/ปัญหาที่กลับมารักษารักษาซ้ำ

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย นำเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ 0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราต โดยได้ค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาจากรายงานสถิติ ความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต โดยใช้กระบวนการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง– สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วม ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 พยาบาลวิชาชีพประสานงานพยาบาลชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับการใช้แบบสนทนากลุ่มในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่มตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 2 สรุปปัญหาต่าง ๆ จากการประชุม ครั้งที่ 1 และสอบถามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการในการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงพร้อมกับศึกษาข้อมูลรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างให้เกิดรูปแบบเพื่อนำมาพิจารณารูปแบบในครั้งต่อไปนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 3 สรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไปโดยมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566- ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินเข้าการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ COC ด้วยหลัก D-METHOD ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจัดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแล

ระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หากผู้ป่วยมาตามนัดเจ้าหน้าที่ COC ส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่องบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมพยาบาลชุมชน

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่มวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน จาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 048/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.66 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี ($SD = 7.29$) มีสถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 50 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 อาศัยอยู่กับบุตรหลานร้อยละ 60.66 ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด ร้อยละ 100 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี ($SD = 10.27$) มีสถานภาพคู่และได้รับ

การศึกษาในระดับประถม เป็นร้อยละ 53.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.66 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

2. ผลการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนี้

หลังได้รับการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า

1. **คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หลังการพัฒนาแบบฯ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนพัฒนาแบบฯ และเปรียบเทียบรายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือการรับประทานอาหารล่วงหน้า หิวลม โภชนาการ การเคลื่อนไหวภายในห้อง การแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้า ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test ($n = 30$)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5.34	2.80	7.00	2.88	-5.12	<.001
การรับประทานอาหารสามารถดื่อกอาหารและ ช่วยเหลือตัวเองได้	0.73	0.45	1.13	0.57	-2.84	0.01
การสามารถล่วงหน้า หิวลม โภชนาการในระยะเวลา 24 –48 ชม.	0.77	0.43	0.97	0.33	-2.69	0.01
การเคลื่อนไหวภายในห้อง หรือบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้	0.53	0.50	1.07	0.69	-4.28	<.001
การแต่งตัวหรือสวมใส่/เสื้อผ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้	0.40	0.29	0.77	0.12	-3.00	0.01

2. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ

Paired-test ($n = 30$)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	แปลผล
ก่อนพัฒนาแบบฯ	5.53	2.99	ติดบ้าน
หลังพัฒนาแบบฯ	9.43	4.56	ติดบ้าน

3. ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ($SD=0.52$) อยู่ในระดับดี และมีบางข้อที่คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับ

ปานกลาง คือ การใช้ยา ที่ถูกต้อง และการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

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

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงในเครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเนื่องจากแบบฟอร์มการ

วางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่มีบูรณาการการดูแลระหว่างทีมวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อจากที่บ้านเพื่อเป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเอง การไม่มาตามนัดหรือไม่มารับการรักษาบริการในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การรอคอย พาหนะในการมาและกลับโรงพยาบาล การลืมนัดซึ่ง กระบวนการสำคัญ คือ การบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างทีมสาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁸

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2563) กล่าวคือ กระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องจึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ต้องเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งก่อนการเจ็บป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท และแนวคิดการให้บริการแบบเชิงรุก เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในระยะเปลี่ยนผ่าน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำก่อนเวลาอันควร รวมถึงสร้างระบบการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ PDCA ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพ

ทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาการทีมสหอาชีพต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ⁹ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Pischalad & Mulpanun¹⁰ กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน คือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็ก การให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อและ ระยะที่ 3 คือการดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน พบว่า การดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยบูรณาการ การดูแลทีมสหอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. ผลลัพธ์จากการใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ เมื่อนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากทีมผู้ปฏิบัตินำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ทีมพัฒนา พบว่า ญาติมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้น และผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการ

ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเอง การศึกษาค้นคว้านี้ส่งผล
ลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากเป็น
การศึกษาที่ใช้วิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถ
นำไปใช้ได้เหมาะสมตามบริบทในพื้นที่ ส่งผลต่อ
คุณภาพชีวิตที่ดีและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ
ระบบการดูแลต่อเนื่องจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง
ให้แก่ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver)
ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมพัฒนา
ศักยภาพ ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง การตรวจประเมิน คัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ

การรวบรวมข้อมูล การจัดทำรายงาน และจะต้องมี
ทักษะในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดีจึงจะ
สามารถขับเคลื่อนกระบวนการดังกล่าวให้บรรลุตาม
เป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล
ผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาท
สำคัญของพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการระบบการดูแล
ต่อเนื่อง จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการ
พยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจ
ประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล
ผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวเป็น
อัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่
พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับ
ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก <http://thai.org/?p=38670>.
2. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือ แนวทางการจัดการบริการสุขภาพ 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
3. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. 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>
4. กองการพยาบาล (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1) ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวันออกจำกัด.
5. พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภดี แฉวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทือราย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 79-87.
6. นิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 1(7), 36-50.
7. โรงพยาบาลอุบลรัตน์. ตัวชี้วัดงานเยี่ยมโรงพยาบาลอุบลรัตน์, 2564.
8. Ciccone,A., Celani, M. G., Chiamonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). Continuous Versus. IntermittentPhysiological Monitoring for Acute Stroke 2013: Intervention Review.
9. Nakgul,N. (2018). The Development of a Care Model for Home-Bound and Bed-Bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 1(7),36-50. (In Thai)
10. Pischalad K, & Mulpanun K. (2016). Improvement of a Continuing Care Model in Child. Nursing Journal, 40(3),96-108. (In Thai).