

พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง Development of Continuing Care Model for Disabled Elderly Patients

(Received: September 29,2020 ; Accepted: November 10,2020)

นันทิกานต์ หวังจิ¹ Nanthikam Wangji
อมรรัตน์ แสงสุวรรณ² Amornrat Sangsuwan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา โดยดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง 2) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง 3) ระยะผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล เครือข่ายสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน จำนวน 50 คน และ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 60 คู่ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2561 - ธันวาคม 2561 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามถึงโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนารูปแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1)พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน 3)เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อทดลองใช้รูปแบบทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ mean=3.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับสูง mean=2.57 และประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลังพบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดความยั่งยืนของการดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ABSTRACT

The objectives of this participatory action research were to develop a continuing care model for disabled elderly patients. The study was divided into three phases: (1) the incidence analysis phase of disabled elderly patients, (2) the phase of the continuing care development, and (3) the result phase of the continuing care development. The samples in the study included 50 interdisciplinary samples from hospitals and health care networks, and 60 pairs of disabled elderly patients and their caregivers. The research was conducted from February 2018 to December 2018. The instruments used in the research were a semi-structured questionnaire, an evaluation form of activity daily living (ADL), and an evaluation form of health care behavior at home. The statistics used to analyze the data was frequency, percentage, mean, and stand deviation. Pair T-test was also used as the inferential statistics in this study.

The research results revealed that the development model contained five sections: (1) the development of discharge planning, (2) the development of a self-health care booklet for disabled elderly patients, (3) accessible channels to hospital services, (4) a follow-up by telephone, and (5) the integration of the continuing care by the interdisciplinary team. When the model was tested, it was found that the satisfaction of the team was mean 3.5 The mean score of the health care behavior at home was 2.57. The results of activity daily living (ADL) before and after the evaluation showed that the ADL score was significantly increased ($p<.05$). In conclusion, the development of the continuing care model for disabled elderly patients is sustainable caring, resulting in better life of disabled elderly patients with dependency.

Keywords: model development, continuing care, elderly patients with dependency

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการวางระบบดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ไว้ว่าปี พ.ศ.2544 - 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก (สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง ติดบ้าน ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยดูแลกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การดูแลต่อเนื่อง หมายถึงกระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน (กองการพยาบาล, 2556) ดังนั้นการดูแลต่อเนื่อง จึงเริ่มตั้งแต่ การดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของอังกฤษซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสาชล (2018) พบว่า นโยบายการสนับสนุนการจัดบริการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ในระบบปัจจุบันพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจึงมีความสำคัญที่ต้องมีการจัดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบริการต่อเนื่อง เชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกันถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ(2559) ที่มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันโดยมีการจัดการบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการ

อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่า ส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันกับนิสาชล (2560) พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแล และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด และทบทวนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ได้มีการนำรูปแบบต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เช่นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การมีแบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และไม่ครอบคลุมการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและเครือข่าย และทีมสหวิชาชีพต่างๆที่ต้องมีระบบการดูแลร่วมกัน จึงส่งผลต่อการเข้าถึงและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 64 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 6.7 (ตัวชี้วัดงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2560) จึงเกิดอุบัติเหตุ การมาพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล มีการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่างๆตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามบริบทของอำเภอโคกโพธิ์ และเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research)

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

1. ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 ราย
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง(ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 จำนวน 60
3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนา แนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการในการออกแบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือ ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร(ธนาพัฒน์, ชูศักดิ์ และอุดมศักดิ์ 2559) ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้าน 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 เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

(Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้

0 – 4 คะแนน	ติดเตียง
5 – 11	คะแนน ติดบ้าน
12 – 20	คะแนน ติดสังคม

ชุดที่ 4 แบบสำรวจความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ เลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5 คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ ไม่พอใจมาก ให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้ (Best, 1977: อ้าง ใน อารีรัตน์, 2557) กำหนดคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ช่วงคะแนน 4.21-5.00	พอใจมาก
ช่วงคะแนน 3.41-4.20	พอใจ
ช่วงคะแนน 2.61-3.40	พอใจน้อยเกือบจะไม่พอใจ

ช่วงคะแนน 1.81-2.60	ไม่พอใจ
ช่วงคะแนน 1.00-1.80	ไม่พอใจมาก

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย นำเครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ 0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราต โดยได้ค่า เท่ากับ 0.98 และ 0.95 และ 0.90ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาจากรายงานสถิติ ความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต โดยใช้กระบวนการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เดือนกุมภาพันธ์ 2561 – มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วม ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 ประธานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เครือข่าย ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับการ ใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างแบบสนทนากลุ่มในทีม สุขภาพเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง รวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่ม ตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 2 สรุปปัญหาต่าง ๆ จากการประชุม ครั้งที่ 1 และสอบถามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการในการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง พร้อมกันศึกษาข้อมูลรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และตามความต้องการของกลุ่ม ตัวอย่างให้เกิดรูปแบบเพื่อนำมาพิจารณารูปแบบในครั้งต่อไปนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 3 สรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้ เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะ พึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้ สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการไป ศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปโดยมีการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงดังนี้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน 2561- กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่าง ถูกต้อง ต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้าง แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่ สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มี การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการ วางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติ จะได้รับการประเมินเข้าการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ COC ผู้ป่วย และญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อ ส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการ ดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักใน การดูแลตนเองที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับ บริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หากผู้ป่วยมาตาม นัดเจ้าหน้าที่ COC ส่งข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่าง ต่อเนื่องบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและ ทีมสหวิชาชีพ

กระบวนการที่ 5 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อ เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะ พึ่งพิงกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกัน คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์

2. นำรูปแบบที่พัฒนามาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย และนำปัญหาและอุปสรรคจากการนำรูปแบบ การนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างมาปรับแบบฟอร์มร่วมกัน พิจารณาอีกครั้งเพื่อให้เกิดรูปแบบพัฒนาที่สามารถใช้ได้ง่าย สะดวก ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่าง ยั่งยืน

3. นำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2561-สิงหาคม 2561 ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและ หลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ สนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อ สรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งใน

โรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD=6.09) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ(2559) พบว่าส่วนใหญ่ที่มพัฒนาารูปแบบดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี จึงส่งผลต่อการวิเคราะห์ปัญหาและคิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดีส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น โดยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดลองการใช้รูปแบบได้ผลในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง อาเภอโคกโพธิ์ พบวาคือ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ 2) การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่บูรณาการการดูแลระหว่างทีมวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อจากที่บ้านเพื่อเป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และ 3) ควรจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในบริบทของอาเภอโคกโพธิ์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ คือ 1) พัฒนาแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่มีลักษณะการประเมินครอบคลุมตามหลัก METHOD ใช่ง่ายเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงจากชุมชนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้ารับและเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงบูรณาการกันดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (SD = 7.29) มีสถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 43.33 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (SD = 10.27) มีสถานภาพคู่ ได้รับการศึกษา

ในระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช่ง่ายเมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วตามแบบฟอร์มที่กำหนดส่งผลให้สามารถติดตามทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพโดยมีการสอน สาธิต และแนะนำการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองและที่สำคัญก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกรายที่มีปัญหาต้องดูแลต่อเนื่องต่างๆ ได้รับการประเมินซ้ำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินการดูแล ให้กำลังใจญาติและเสริมความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับญาติ ซึ่งภายในสมุดมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาการดูแล สอนวิธีการทำแผล การประเมินแผล ลักษณะแผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ และคณะ (2016) พบว่าการมีสมุดสำหรับการดูแลที่บ้านให้กับญาติผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายที่ดีตั้งแต่โรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพและการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง พบวาคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คะแนนความเครียดของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐาและเกษณี (2013) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแล โดยมีการพัฒนาตั้งแต่การประเมินปัญหา แนะนำ สอนและสาธิตตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลในชุมชน พบวารูปแบบที่พัฒนาสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลและญาติสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ ซึ่งผลการดูแลไม่แตกต่างกันกับการศึกษาของวรรณรา และกัญญา (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา พบวาคามีแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่ออย่างชัดเจนส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติสถิติ $P < .05$ ดังตารางที่ 1

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

ความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	Mean	SD	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	5.53	2.99	0.00
หลังพัฒนารูปแบบ	9.43	4.56	

จากตารางพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดีเนื่องจากรูปแบบการพัฒนาขึ้นที่มีกระบวนการทำให้คำแนะนำ สอน สาธิตจากการปรับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สะดวกและง่ายขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน การโทรศัพท์ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การมีพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติที่มีระบบการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล (2018) พบว่าการพัฒนาโดยชุมชนมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐานและการมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น และจากการนำรูปแบบมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานจึงได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบกับทีม เพื่อมาวางแผน พัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปกระบวนการ PDCA เพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนต่อไป

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงพบว่า เฉลี่ย = 3.5 SD=0.76 ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ทีมพัฒนามีการคิดวิเคราะห์พัฒนารูปแบบร่วมกันกับผู้วิจัยจึงส่งผลต่อความพึงพอใจ มีความสอดคล้องกับ

การศึกษาของชนิษฐา และคณะ (2559) ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่พัฒนาที่มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบพัฒนาโดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบในการพัฒนาร่วมกันส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับดี

อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากการออกแบบและศึกษาวิเคราะห์ปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีการออกแบบตามปัญหาและความสะดวกในการใช้ตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนบูรณาการการดูแลติดต่อประสานงานร่วมกันตั้งแต่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายทีมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกันเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วและสะดวกในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในสถานบริการและในชุมชนทั้ง 50 รายที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ออกแบบรูปแบบการดูแลร่วมกันจนได้รูปแบบที่เหมาะสมสะดวกในการใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจำนวน 60 คู่ผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องจนครบระยะเวลา และส่งผลลัพธ์ที่ดีเพื่อเป็นการพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุคนอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล (2563). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563*(พิมพ์ครั้งที่ 1). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สือตะวันออกจำกัด.
- ชนิษฐา พิศฉลาด, และเกษมณี มูลปานันท์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. *พยาบาลสาร*, 40(3), 96-108
- จินตนา อาจสันเทียะ, และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- นิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 1(7), 36-50

- ทัศนีย์ อรรถารส, และจุไร อภัยจิรรัตน์. (2554). รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26 (ฉบับพิเศษ), 112-125.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แฉวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- ตัวชี้วัดงานเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลโคกโพธิ์ (2562)
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล. (2544). การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลรามา*, 7(1), 73-80.
- เพ็ญศรี อรรถาวงศ์, นิษฐานันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ, และหาญ สาดหลี่. (2560). ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 73-85.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี ที จำกัด.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง, และปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), 27-35.
- รุ่งนภา ลิ้มลิขิต. (2555). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และสินวล รัตนวิจิตร. (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(1), 42-54.
- วรรณ ประสานอริคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน. med.mahidol.ac.th
- ศิริลักษณ์ ฤทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริวรรณ ชัยกิจอำนาจโชค, และจิราพรรณ อันบุรี. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลกำแพงเพชร.
- สุขภาวะคนไทย. (2562). Online. ค้นหาเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2560. <http://www.thaihealth.or.th>
- สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. (2552). *ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักการพยาบาล. (2557). *เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักการพยาบาล. (2559). *มาตรฐานการพยาบาลชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวันออกจำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2573 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- อารีรัตน์ คมสวน. (2557). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 235-243.
- Ciccone, A., Celani, M. G., Chiamonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke: Intervention Review.
- Goncalve-Bradley, D. C., Iliff, S., Doll, H. D., Broad, J., Gladman, J., Langhome, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home: Cochrane Systematic Review.