

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน Developing Guidelines for Home Visiting of Intermediate Care Patients with the Participation of Families and Community Network

สุดใจ บุปผาทาเต

Sudjai Buppatate

สุธิกาญจน์ อธิศักดิ์โกนิน

Suthikan Itthisukphokin

โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Phayakkhaphoompisai Hospital, Mahasarakham province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ดำเนินการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยใช้แนวคิด Holistic Nursing และ Home visit ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2565–กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายที่เชื่อมโยงกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) การจัดบริการการเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน และ 3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ประเมินผลหลังการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ด้านทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28$, $SD = 0.48$) ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางลดลง โดยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดลงจากร้อยละ 8.45 เป็น 1.13 ภาวะปอดอักเสบ ลดลงจากร้อยละ 11.27 เป็น 2.25 การเกิดแผลกดทับ ลดลงจากร้อยละ 2.82 เป็น 0 ภาวะซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 7.05 เป็น 0 ผู้ป่วยกลับมา Readmit ลดลงจากร้อยละ 7.05 เป็น 2.25 จากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ร้อยละผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนน Barthel ADL index = 20 จากร้อยละ 91.55 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.76

คำสำคัญ : เยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยระยะกลาง, การมีส่วนร่วม

Abstracts

This action research aimed to develop and evaluate the guidelines for home visiting middle-term patients with the participation of families and community networks. The home visiting guidelines were developed in collaboration with relevant interdisciplinary teams and community networks using the concepts of Holistic Nursing and Home Visit. The research period was August 2022–September 2023. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that the developed home visiting guidelines for middle-term patients with the participation of families and community networks consisted of 3 components: 1. Discharge planning linked to the continuous care team in the community 2. Providing visiting services with the participation of the interdisciplinary team, families, and community networks 3. Determining the roles and responsibilities of the interdisciplinary team, families, and community networks. The evaluation found that after the development, compliance with the home visiting guidelines for middle-term patients increased in all aspects. The self-care skills of middle-term patients and caregivers in the community were at a high level ($\bar{x} = 4.28$, $SD = 0.48$). Complications in middle-term patients decreased. The urinary tract infection rate decreased from 8.45 % to 1.13 %, pneumonia rate decreased from 11.27 % to 2.25 %, pressure ulcer rate decreased from 2.82 % to 0 %, depression rate decreased from 7.05 % to 0 %, and readmit rate decreased from 7.05 % to 2.25 %. From the ADL assessment follow-up at 6 months, it was found that the percentage of middle-stage patients with Barthel ADL index score = 20 increased from 91.55 % to 97.76 %.

Keywords : Home visiting, Intermediate Care patients, Participation

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤตหรือเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน นับเป็น Service Plan ใหม่ที่จะช่วยเติมเต็มระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เพื่อมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพและสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ไปจนครบเวลา 6 เดือนหลังจากเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย โดยมีระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับ ภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกในชุมชนและการเยี่ยมบ้านขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีศักยภาพพร้อมรับการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะดีขึ้นและกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฝึกน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานน้อยกว่า ร้อยละ 20 เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในหลากหลายภาคที่เกี่ยวข้อง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤตเฉียบพลัน กึ่งวิกฤตและการดูแลที่บ้านหรือชุมชน ดังนั้นจากการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) ทำให้ระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลทุติยภูมิต้องเตรียมความพร้อมและจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านและสู่ชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยระยะกลางให้สามารถจัดการกับการฟื้นฟูสภาพตนเองด้วยการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ พึงพาผู้อื่นน้อยลง สามารถดำรงชีวิตให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหรือเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูหรือทุเลาจากความเจ็บป่วยมีสุขภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่และสร้างความอบอุ่นในครอบครัวช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยวางแผนร่วมกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing of Care) เชื่อมโยงการบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลมายังสถานบริการในชุมชนและที่บ้าน พยาบาลจึงเปรียบเสมือนเป็นผู้จัดการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) เน้นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลชุมชนและกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด วางแผน ในการดูแลผู้ป่วย

จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย ปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 51, 81 และ 71 ราย ตามลำดับ แบ่งเป็น โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35, 66 และ 57 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 8, 6 และ 2 ราย และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 3, 5 และ 2 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 9.80, 12.34 และ 11.27 ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 9.80, 9.88 และ 8.45 มีแผลกดทับ ร้อยละ 3.92, 3.70 และ 2.82 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.88, 7.41 และ 7.05 (โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย, 2565) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทเกิดขึ้นในระยะ 3-6 เดือนแรก ถ้าหลัง 6 เดือน จะฟื้นตัวได้ช้า ดังนั้น ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรก จึงเป็นระยะเวลาที่สำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหวิชาชีพของโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงเครือข่ายชุมชน แต่การการจัดบริการดูแลดังกล่าวยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีโอกาสใกล้ชิดและรับทราบ ปัญหาทั้งหมดทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ช่วยให้การค้นหา สาเหตุร่วมของการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลทำให้ให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ (สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวทุกมิติส่งผลให้กลับมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกครั้ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน
2. เพื่อประเมินผลพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit (สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ระยะเวลาการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ อำเภอยุคภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยไปได้ด้วยดี

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ได้แก่ 1) บุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาลชุมชน ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 1 ปี ได้แก่ พยาบาลกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและงานสุขภาพจิต 2) บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย IMC ได้แก่ แพทย์ประธานทีมนำดูแลผู้ป่วย (PCT) และแพทย์ประธาน Service Plan IMC เกสัชกร นักกายภาพ แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ ทันตบุคลากร จำนวน 10 ราย

1.2 ผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการส่งต่อเพื่อรับบริการฟื้นฟูที่บ้าน จำนวน 89 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple impairments ที่ได้รับการดูแลจนครบ 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนครบ 6 เดือน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิด Holistic Nursing และ Home visit รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย หลังจากนั้นศึกษาปัญหาและสถานการณ์โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากทบทวนข้อมูลสถิติผู้ป่วยปัญหาที่พบจากการดูแล เช่น ภาวะแทรกซ้อน การ revisit การกลับมา readmit ทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งสัมภาษณ์พยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อทราบความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในระยะที่ 1 ค้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลชุมชนและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๓๒ คน จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย IMC การกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรง แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผลกดทับ การฝึกพูด รวมทั้งค้นข้อมูลผ่านการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน ทำให้เกิดการจัดบริการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของ Care giver โดยในระยะนี้ได้นำแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit มาเป็นแนวทางการพัฒนา หลังจากนั้นเพื่อให้เกิดแผนงาน กิจกรรมโครงการที่ชัดเจนและนำสู่การ ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุงแก้ไขร่วมกันตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล โดยการสรุปผลการดำเนินในภาพรวมและวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการจัดการปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน เช่น การบริหารกล้มเนื้อ การฝึกพูด การฝึกกลืน การป้องกันแผลกดทับ

การจัดการภาวะเครียด และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ภาวะข้อติด การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะซึมเศร้า อัตราการกลับมา readmit

เครื่องมือในการวิจัย

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์/ สทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนด้านต่าง ๆ และปัญหาอุปสรรคในการดูแล 2) แบบประเมินการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) 3) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน 4) แบบประเมิน INHOME-SSS ของกองการพยาบาล ได้แก่ การเคลื่อนไหว อาหาร สภาพบ้าน สมาชิกในครอบครัว การใช้ยา การตรวจร่างกาย แหล่งให้บริการ ความปลอดภัย และจิตวิญญาณ 5) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Activities of Daily Living : ADL) คะแนนรวม ADL 20 คะแนน (10 ด้าน) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ การแปลผล 0-4 คะแนน = พึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน = พึ่งพาค่อนข้างมาก 9-11 คะแนน = พึ่งพานกลาง 12-20 คะแนน = ไม่ต้องพึ่งพา 6) แบบประเมิน 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q มี 9 คำถาม (9Q) ในแต่ละข้อให้คะแนน 0-3 โดย 0 = ไม่มีอาการ 1 = เป็นบางวัน 1-7 วัน 2 = เป็นบ่อย > 7 วัน 3 = เป็นทุกวัน การแปลผล <7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศรียรระดับน้อยมาก, 7-12 คะแนน = มีอาการซึมเศรียรระดับน้อย, 13-18 = มีอาการซึมเศรียรระดับปานกลาง, > 19 คะแนน มีอาการซึมเศรียรระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ที่ ต้องการศึกษาค้นคว้า และตรวจสอบความถูกต้อง และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตาม ข้อเสนอแนะเพื่อให้แนวคำถามมีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลผลสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำ ข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบ ความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 16/2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2566 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการแก้ไข และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

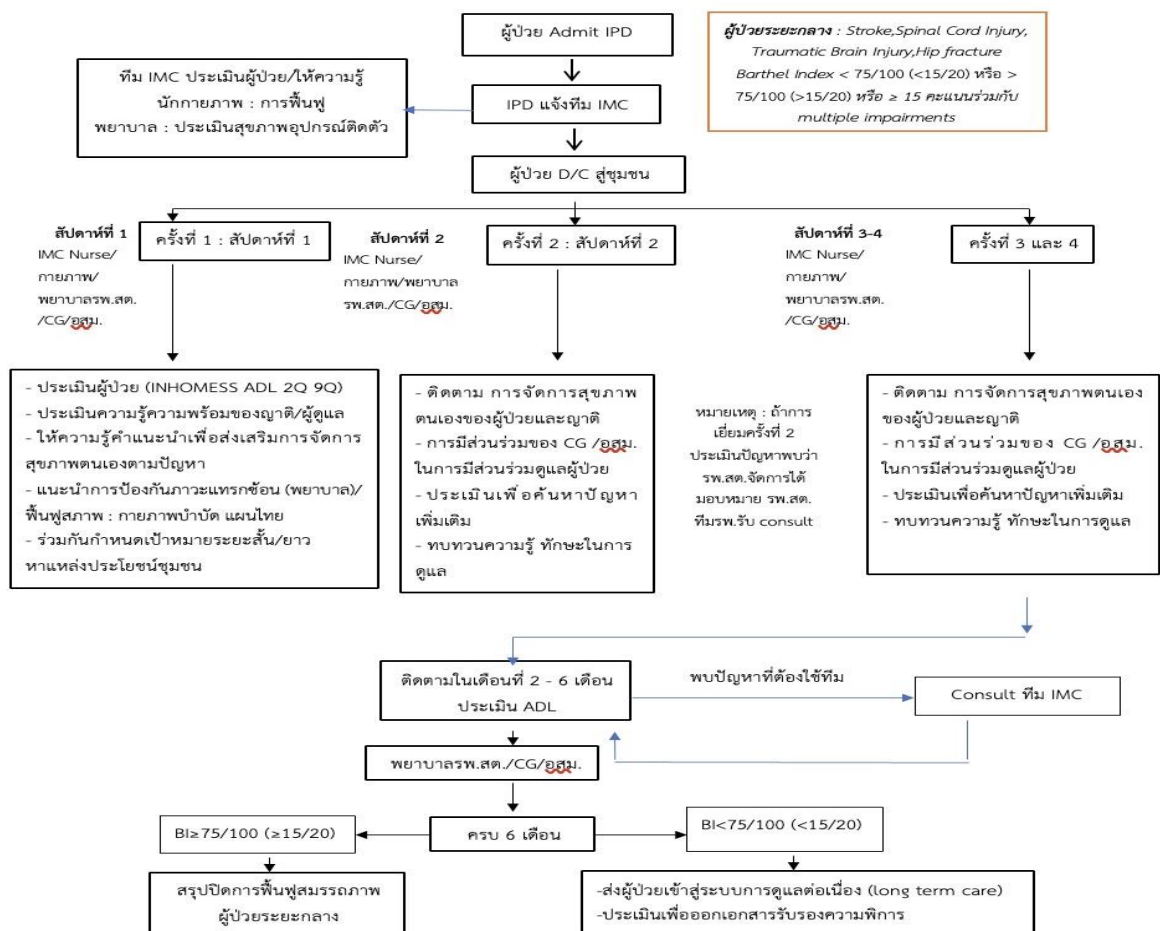
1. วิเคราะห์สถานการณ์ จากการทบทวนแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น มีแผลกดทับ ใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาในการดูแลแบบองค์รวมและยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม การเยี่ยมบ้านเป็นเพียงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพเท่านั้น แนวทางการเยี่ยมบ้านการดูแลระหว่างทีมในโรงพยาบาลกับชุมชนยังไม่ชัดเจน ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ เกิดความบกพร่องด้านต่าง ๆ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแล เนื่องจากในครอบครัวไม่เคยมีผู้ป่วยโรคนี้มาก่อน และต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัญหาและให้การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแล ส่งผลต่อการดูแลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพินัยหยาบกว่าปกติ ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมและการค้นหาแหล่งประโยชน์กับภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลยังมีน้อย การทำงานแยกส่วนกันและกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

2. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ที่พัฒนาขึ้น โดยมีการกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ดังตารางที่ 1 และรูปภาพที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาททีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน

ทีมสหวิชาชีพ	บทบาทและการมีส่วนร่วม
แพทย์	- ติดตามเยี่ยมกรณีที่ซับซ้อน / ให้คำปรึกษา
พยาบาล	- เป็นแกนหลักในการวางแผน, ปฏิบัติ, ติดตามประเมินผลแบบองค์รวมทุกมิติ - ประสานงานทุกระดับ เป็นพี่เลี้ยงการจัดการบริการการดูแลเยี่ยมบ้าน - ประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ INHOMESS 2Q 9Q - สนับสนุนการดูแลตนเองแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อน, การดูแลสายสวนปัสสาวะ, การให้อาหารทางสายยาง, ปัญหาของการกลืน, การไซยา, อาหาร - ประสานทีมสหวิชาชีพ/ แหล่งประโยชน์
นักกายภาพบำบัด	- ประเมิน ADL ฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง, ฝึกการเคลื่อนย้าย/การเดินอย่างปลอดภัย/ฝึกกิจวัตรประจำวัน/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด อาการปวดตามข้อต่าง ๆ และการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

ทีมสหวิชาชีพ	บทบาทและการมีส่วนร่วม
แพทย์แผนไทย	- จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเหมาะสม - ปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน, แนะนำญาติ/ผู้ดูแลช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วย - ตรวจประเมินผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย การนวด อบ ประคบ การจ่ายยา การให้คำแนะนำญาติ การรับประทานอาหารตามโรค เป็นต้น
เภสัชกร	- ให้คำปรึกษาด้านยา
ภาคีเครือข่ายชุมชน	- มีส่วนร่วมคิดวางแผนปฏิบัติประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - เป็นผู้ช่วยดูแลที่บ้านร่วมกับครอบครัว ประสานส่งต่อการดูแลเชื่อมโยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล - สนับสนุนทรัพยากรในการดูแล
ครอบครัวและญาติ	- มีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่จำเป็นแก่ทีมเพื่อนำสู่การวิเคราะห์และร่วมวางแผนแก้ไข - ปัญหาให้ครอบครัวทุกมิติ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี - ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชน



รูปภาพที่ 1 แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน

3. ประเมินผลลัพธ์แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านการประเมินผู้ป่วย จากร้อยละ 84.51 เป็น 92.41 การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ จากร้อยละ 85.92 เป็น 94.39 การสร้างการมีส่วนร่วม จากร้อยละ 88.74 เป็น 94.39 การขอรับคำปรึกษาตามเกณฑ์ จากร้อยละ 90.14 เป็น 93.29 และการส่งต่อข้อมูล จากร้อยละ 90.14 เป็น 96.63 ตามรายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง

ประเด็น	เป้าหมาย	ก่อนดำเนินการ (ร้อยละ)	หลังดำเนินการ (ร้อยละ)
		ปี2565 n=71	ปี2565 n=89
การประเมินผู้ป่วย	95%	84.51	92.41
การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	95%	85.92	94.39
การสร้างการมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชน	95%	88.74	94.39
การขอรับคำปรึกษาตามเกณฑ์	95%	90.14	93.29
การส่งต่อข้อมูล	95%	90.14	96.63

3.2 ผลลัพธ์การประเมินทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่าภายหลังการพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.48$) ตามรายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน

การจัดการตนเอง	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
การฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะข้อติด	2.60	0.42	4.36	0.44
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	3.10	0.40	4.60	0.40
การพลิกตะแคงตัว	3.20	0.45	4.70	0.40
การดูแลแผลกดทับ	2.60	0.45	4.00	0.42
การฝึกพูด	2.40	0.40	4.10	0.40
การให้อาหารทางสายยาง	2.60	0.45	4.20	0.42

การจัดการตนเอง	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
การดูแลด้านจิตใจ	2.80	0.42	4.20	0.40
การปรับสภาพบ้าน	3.10	0.40	4.10	0.45
การประสานแหล่งประโยชน์ชุมชน	2.70	0.40	4.20	0.40
รวมทุกด้าน	2.79	0.43	4.28	0.42

3.3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ภายหลังจากการดำเนินงานพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง ลดลงโดยการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ลดลงจากร้อยละ 8.45 เป็น 1.13 ภาวะปอดอักเสบ ลดลงจากร้อยละ 11.27 เป็น 2.25 การเกิดแผลกดทับ ลดลงจากร้อยละ 2.82 เป็น 0 ภาวะซีมเศร้า ลดลงจากร้อยละ 7.05 เป็น 0 ผู้ป่วย กลับมา Readmit ลดลงจากร้อยละ 7.05 เป็น 2.25 จากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ร้อย ละผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนน Barthel ADL index = 20 จากร้อยละ 91.55 เป็น ร้อยละ 97.76 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ผลลัพธ์การดูแล	ก่อนดำเนินการ (n=71)		หลังดำเนินการ (n=89)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	6	8.45	1	1.13
ภาวะปอดอักเสบ	8	11.27	2	2.25
การเกิดแผลกดทับ	2	2.82	0	0
ภาวะซีมเศร้า	5	7.05	0	0
ผู้ป่วยกลับมา Readmit	5	7.05	2	2.25
ผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนน ADL=20	65	91.55	87	97.76
ภายในระยะเวลา 6 เดือน				

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ดำเนินการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยใช้แนวคิด Holistic Nursing และ Home visit ผล การศึกษา พบว่า แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่ายที่เชื่อมโยงกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) การจัดบริการการ เยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน และ 3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ผลการประเมินหลังการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ระยะกลางภายหลังจากพัฒนาไปใช้ พบว่า ด้านทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและ ผู้ดูแลในชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.28, SD = 0.48) ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางลดลง โดยการ

ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดลงจากร้อยละ 8.45 เป็น 1.13 ภาวะ Pneumonia ลดลงจากร้อยละ 11.27 เป็น 2.25 การเกิดแผลกดทับ ลดลงจากร้อยละ 2.82 เป็น 0 ภาวะซึมเศร้า ลดลงจากร้อยละ 7.05 เป็น 0 ผู้ป่วยกลับมา Readmit ลดลงจากร้อยละ 7.05 เป็น 2.25 จากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยระยะ กลางมีคะแนน Barthel ADL index = 100 จากร้อยละ 91.55 เป็น ร้อยละ 97.76 สอดคล้องการศึกษาของพิศ สมัย บุญเลิศ และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีทีมเจ้าหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาเชื่อมโยงกับเครือข่าย มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อ รูปแบบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น และการศึกษาของณิชาชล นาคกุล (2560) ที่พบว่าทีมผู้ให้บริการพัฒนา รูปแบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจนขึ้นโดยมี รูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง และ 5) การสนับสนุนทางสังคม ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินดังกล่าวการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแนวทางเดิมได้ผลน้อย เนื่องจากขาดความเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชนที่ชัดเจน แนวทางการ เยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วม ของครอบครัว ชุมชนที่ร่วมผลักดันให้เกิดการแก้ไขและขจัดปัญหา จะก่อให้เกิดทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การ ประสานงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ การติดตามรักษาที่เหมาะสม และกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพอีกครั้ง และการศึกษาของกชพร เชื้อธนนะ (2562) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขและจิต อาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ที่เกิดความตระหนักทำงานด้วยใจรักและจิตเป็นกุศลหนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแล ผู้ป่วย 2) บริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ 3) ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล 4) แนวปฏิบัติใน การดำเนินการร่วมกันของศูนย์ ประสานงานระดับอำเภอและตำบล 5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการ ทำงานด้วยการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์ แห่งความดีในหัวใจให้กับทีมงาน 6) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ระดับอำเภอใน การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ 7) ระบบการ กำกับติดตามประเมินผล จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลังสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง และ 8) ระบบสนับสนุน ศูนย์อุปกรณ์กองทุนและระบบฐาน ข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการได้ครอบคลุมมีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กขพร เชื้อนธนะ. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดย
กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26 (3),
41-51.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง
Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(Service Plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ พู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง.
นนทบุรี: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนา
วิทยา.
- ณิสาชล นาคกุล. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์
ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(3), 36-50.
- พิศสมัย บุญเลิศ,เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์, ศุภวดี แถวเพีย. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน
ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัด
ขอนแก่น, 23(2), 79-87
- โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย. (2565). รายงานการดำเนินงานผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. 2563-2565. มหาสารคาม :
โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประครอง.
นนทบุรี: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.