

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองกงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Continuing care Model for Elderly People with Chronic Illness of, Nongkungsri Hospital, Kalasin Province

มนตร์รัตน์ ภูทองชัย (พย.ม)

Monrat Phuconchai

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลหนองกงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Nong Kung Si Hospital Kalasin

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลหนองกงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง 20 คนญาติ/ผู้ดูแล 20 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 15 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน นักโภชนาการ 1 คนและ นักกายภาพบำบัด 3 คน มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน มกราคม 2559 ถึงเดือน เมษายน 2560 ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย 3 ประเด็นคือ 1) พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง 2) พัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก/ แนวทางการส่งต่อ และ 3) พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และ ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังโรงพยาบาลหนองกงศรี มีความต่อเนื่องตั้งแต่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรักษาในโรงพยาบาลจนถึงดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องในระดับสูงร้อยละ 100 และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้อยู่ในรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในระดับสูงร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกและความเหมาะสมในการนำไปใช้ และทีมเข้าใจในแนวทางการส่งข้อมูลโรคเรื้อรังร้อยละ 95.55 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้เกิด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ และเกิดช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องนี้อาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง

Abstract

This action research aimed to develop a continuing care model for the elderly with chronic illnesses of nongkungsri hospital. Key informants included 20 elderly patients with chronic illnesses and 20 patients' caregivers ,as well as 15 health personnel acting as a multidisciplinary team. The study was conducted during January 2016 - April 2017. This study comprised of three phases. Phase 1 was a situational analysis conducting to assess problems associated with the continuing care of elderly people with chronic illnesses.

In this phase the data collection was done through observation, interviews and focus groups with the patients and their caregivers and multidisciplinary team. Phase 2 was a developing a continuing care model for the elderly with chronic illnesses. The newly developed continuing care model had needed on three main issues, including;. These issue were 1) developing discharge planning documentation for the elderly with chronic illnesses; 2) developing clinical information system and referral system; and 3) developing continuity care and home health care provided by multidisciplinary team. Phase 3 was a monitoring and evaluating the developed model. ,3

The results revealed that the developed model illustrated the continuity of care for the elderly patients with chronic illnesses in terms of hospital care and also home care. The patients and their caregivers satisfied 100 % about the model and had no complication after discharge from the hospital. The multidisciplinary team also satisfied 100 % about this model because of its convenience and suitability to apply, and also satisfied 95.55% regarding their understanding about the referral system for the elderly with chronic illnesses. It could be concluded that the developed model was effective yielding benefits for the patients and also health personnel for caring the elderly with chronic illnesses. Therefore, this model could be employed for caring other patients with chronic illnesses.

Keywords: continuing care, discharge planning, elderly with chronic illnesses

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยในปี พ.ศ. 2558มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 16.08 และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2555) ความสูงอายุสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย ได้แก่โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วย และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนาน มีข้อจำกัดในการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านในระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนั้นผู้สูงอายุ มักจะมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรักษา มี

แนวโน้มจะเกิดภาวะทุพพลภาพภายหลังการจำหน่ายและอาจต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Mc Aleese P, Odling-Small W., 1994) นอกจากนี้ภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง มีภาวะพึ่งพาสูง รวมทั้งการมีโรคร่วมหลายโรคหลากหลายปัญหาสุขภาพ มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ซึ่งต้องการการดูแลซับซ้อนต่อเนื่องในระยะยาว (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง สูญเสียทรัพยากรในด้านการแพทย์และงบประมาณของประเทศในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่สูงและยาวนาน ทำให้สูญเสียเวลาและโอกาสในการประกอบอาชีพ ทั้งผู้ป่วยและ ผู้ดูแล ครอบครัว ขาดรายได้ ทำให้ต้องเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย,

2552) ซึ่งสภาวะการณ์เช่นนี้ไม่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของไทยในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจปัจจุบันคือมุ่งเน้นให้มีการสอนผู้ป่วยและมีการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว (Early discharge) โดยโรงพยาบาลต้องเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงเพื่อลดจำนวนวันของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล (Length of hospital stay) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Cost containment) ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น และบางรายก็มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวมาที่บ้านด้วย ในขณะที่ต้องมีการเพิ่มคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลสูงสุด (สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, 2555) ดังนั้นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งภาวะสุขภาพดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้จึงมีความต้องการอย่างยิ่งในการได้รับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตัวเองต่อที่บ้านที่มีความต่อเนื่องมีคุณภาพ และมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างที่เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและเกิดประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องอย่างสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ โรคหอบหืด นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน ค่าใช้จ่ายใน

การรักษาเฉลี่ย 6,461 บาทต่อราย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคทั่วไปอื่น ๆ ที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 วัน โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 4,600 บาทต่อราย (โรงพยาบาลหนองงูศรี, 2557) โรคที่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน (Re-admit) สูงสุดคือ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด ตามลำดับ (โรงพยาบาลหนองงูศรี, 2558; โรงพยาบาลหนองงูศรี, 2559) การดำเนินงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้แก่ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลในชุมชนพบว่า มาตรฐานการดูแลไม่เชื่อมโยงทั้งระบบ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การรับ-ส่งต่อไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายรายไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและ การดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้บริการเพื่อคุณภาพการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านหรือชุมชนส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เหมาะสมภายใต้บริบทของอำเภอหนองงูศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอหนองกงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) (Kermis, S & Mc Taggart, R, 1998). พื้นที่ศึกษาได้แก่ โรงพยาบาลหนองกงศรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนในเครือข่ายอำเภอหนองกงศรีจังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 20 รายญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 20 รายและทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 15 รายได้แก่ แพทย์ 1 ราย เภสัชกร 1 รายพยาบาลวิชาชีพ 9 ราย นักโภชนาการ 1 รายและนักกายภาพบำบัด 3 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความต้องการการดูแลต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความต้องการการดูแลต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และ เป้าหมายการ

ดูแลต่อเนื่องความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง แบบสำรวจความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ศึกษากระบวนการ/ แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ปัญหาความต้องการของบุคลากรผู้ให้บริการ สังเกตการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความต้องการของบุคลากร นำเสนอ ต่อคณะกรรมการทีมนำทางคลินิกและทีมดูแลต่อเนื่อง กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย วางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2559- กรกฎาคม 2559 สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาทีมดูแลต่อเนื่องพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยจัดประชุมความรู้เรื่องแนวคิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แผนผังการไหลของงาน

การดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (Flow chart)
การวางแผนจำหน่าย แนวทางการส่งต่อ การเยี่ยม
บ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบบันทึกการ
ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การลงมือปฏิบัติ
(Acting) และนำผลที่ได้มาประเมินทั้งในส่วนของผู้
เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การวิเคราะห์
และถอดบทเรียนจากกระบวนการพัฒนา
ประกอบด้วย 2 ส่วนคือประเมินผลการมีส่วนร่วม
ตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ การวางแผน
การดำเนินงานตามแผน ความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ
แก้ปัญหา ปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และมีการ
สะท้อนผลการปฏิบัติสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติ
เป็นระยะ ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในวงจรใหม่ให้
เหมาะสม ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน
ความสำเร็จของงานเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิง
ปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยมีการแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จาก
การศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สทนากลุ่ม
แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content
analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลาย
ความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจสอบข้อมูล
สามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน
มนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ HEB-2Hso-
6002-002 วันที่ 30 มีนาคม 2560

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ สูงอายุโรคเรื้อรัง

1.1 ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล
วิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนัก
โภชนาการ ได้ให้ข้อคิดเห็นในประเด็นสำคัญต่างๆ
ดังนี้

1.1.1 รับรู้ความหมายของการดูแลต่อเนื่อง
ว่าเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่ง
รับผิดชอบโดยทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึง
บ้าน โดยเริ่มกระบวนการดูแลต่อเนื่องภายใน 48
ชั่วโมงแรกที่ดูแลผู้ป่วย โดยมีการประสานงานเพื่อ
การดูแลร่วมกัน ผลที่ได้จากการดูแลต่อเนื่องคือลด
การกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มความพึงพอใจของ
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล

1.1.2 สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องใน
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีการกำหนดให้มีการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยมีการเน้นในกลุ่ม
โรคเรื้อรัง สอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลให้
ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จนเกิดความมั่นใจและสามารถ
ปฏิบัติได้ โดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งบันทึกการ
วางแผนจำหน่าย ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่การ
ดูแลในชุมชนรายการนี้

ปัญหาที่พบของการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรังคือ ขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติจาก
ทีมสหวิชาชีพ บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจใน
การดูแลต่อเนื่อง การทำงานยังขึ้นอยู่กับ
ประสบการณ์ หรือระยะเวลาของการปฏิบัติการ
ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการดูแล
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องการเวลาในการเรียนรู้ ซึ่ง
ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เวลาในการให้ความรู้เพื่อการดูแล

ตนเองต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและญาติอย่างเพียงพอ

1.1.3 ความต้องการของทีมสหวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับบริบท โดยความต้องการนั้นอยากเห็นการดำเนินงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน มีการใช้แบบบันทึกที่ไม่เพิ่มภาระมาก ใช้การสื่อสารในทีมและช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างชัดเจนจนสามารถติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องที่เฉพาะเจาะจง

1.2 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ศึกษา ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 20 ราย มีอายุเฉลี่ย 67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาเป็นเพศหญิง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 รายได้ 1,000-2,000 บาทต่อเดือน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 เป็นหัวหน้าครอบครัว 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ผู้ให้การดูแลขณะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาเป็นภรรยา 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบกำเริบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.75 วัน

1.2.2 การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตามประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพหรือจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคเรื้อรังว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ต้องตรวจรักษาตามนัด ไม่ขาดยา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความพึงใจในสุขภาพของตนเองโดยรวมเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ควบคุมอาการได้

1.2.3 ความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) ขณะรักษาในโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองที่ชัดเจนเพียงพอ 2) ได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆโดยญาติ/ผู้ดูแลร่วมเรียนรู้ 3) คู่มือต่างๆการดูแลที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ที่บ้าน และ 4) สนับสนุนให้ยึดอุปกรณ์ตามความจำเป็นใช้ต่อที่บ้าน

1.3 ญาติ/ผู้ดูแล

1.3.1 ลักษณะทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแล พบว่าญาติ/ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้สูงอายุ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือ บุตร 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 เป็นเพศหญิง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพสมรสคู่ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 85 การศึกษา ระดับประถมศึกษา 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยนานที่สุด 5 ปี ต่ำที่สุด 2 เดือน และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับดี

1.3.2 บทบาทผู้ดูแล ต้องเรียนรู้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นประจำได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเคลื่อนไหว การออก

กำลังกาย แขนขาข้างที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายและช่วยเหลือตัวเอง ช่วยตัดเล็บมือเล็บเท้า เพราะผู้สูงอายุกำลัปาก และมองไม่ค่อยเห็น เนื่องจากสายตาไม่ดี ช่วยนวดขา และเท้า ด้วยมือ เพื่อบรรเทาปวดและผ่อนคลายให้สุขสบาย ดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การพูดให้กำลังใจ การทำบุญพิธีกรรมตามความเชื่อ การแจ้งข่าวญาติที่ผู้ป่วยต้องการพบปะ เช่น ลูกหลานญาติ มิตร

1.3.3 ความต้องการของญาติ/ ผู้ดูแล พบว่า ต้องการได้รับความรู้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น วิธีการป้อนอาหารทางสายยาง การดูแลแผล การทำแผล การฉีดยาแก้ปวด และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง อีกทั้งต้องการให้มีทีมสุขภาพ และเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพราะจะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีกำลังใจ ผู้ดูแลได้ปรึกษาความก้าวหน้าอาการผู้ป่วย และผลลัพธ์การดูแลของญาติผู้ดูแล

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผลของการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองกุงศรี ประกอบด้วย

2.1 พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง บุคลากรทีมสหวิชาชีพ จะต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวางแผนจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ จะทำการประเมินการรับรู้โรค การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ระยะที่ 2 ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เรื่องโรค สอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆที่ และระยะที่ 3 พ้นพหุสภาพก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

2.2 พัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก/ แนวทางการส่งต่อ ทีมดูแลต่อเนื่องประสานการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและรับข้อมูลกลับจากชุมชนสู่โรงพยาบาลอย่างครบถ้วนรายบุคคลกับในหลากหลายช่องทาง ทั้งเป็นทางการ โดยหนังสือราชการ และ แบบไม่เป็นทางการ เช่น ทางโทรศัพท์ และทาง Social media เช่น E-mail, Line group และ Face book เป็นต้น

2.3 พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วันหลังจำหน่าย โดยจัดกระบวนการ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการเยี่ยม ระยะระหว่างการเยี่ยม และระยะหลังการเยี่ยมตามแนวทางการ จำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังตามมาตรฐานการเยี่ยมบ้าน

3. ผลของพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับบริการการดูแลต่อเนื่องเหมาะสมตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแล มีความรู้เกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตรงตามความต้องการผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยระดับความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับในภาพรวมในระดับสูงร้อยละ 100 มีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ(Re-admit)

3.2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีทักษะการประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ครอบคลุม และ ความพึง

พอใจของทีมวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 โดยมองว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสะดวกและเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงาน อีกทั้งมีความเข้าใจในแนวทางการส่งข้อมูลทางคลินิกโรคเรื้อรังร้อยละ 95.55

3.3 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่า รูปแบบที่ได้กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชัดเจนขึ้น มีการประสานความร่วมมือและสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ได้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่ง จำหน่ายกลับมาฟื้นฟูสภาพหรือพักฟื้นที่บ้าน การดูแลต่อเนื่องที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิลาวุธย์ ขมนิรัตน์, นิตย ทัศนียม, 2551) ซึ่งพยาบาลจะต้องวางแผนจำหน่ายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากระยะวิกฤติในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้านให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสภาวะโรคช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายหรือควบคุมสภาวะโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้นและสามารถปรับตัว

อยู่กับโรคได้ (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนจำหน่ายและการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้าน ซึ่งระบบการดูแลต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ (ธัญญลักษณ์ โออบอ้อม, 2541) ตลอดจนการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารและการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพจะบ่งบอกถึงคุณภาพการบริการในการดูแลต่อเนื่อง (อัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ, 2552; นวลจันทร์ พูลสมบัติ และประนอม วรณกุล, 2551)

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลาอนโรพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admit) มีความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับในภาพรวมในระดับสูงที่สุดร้อยละ 100 ที่ทำได้เช่นนี้เพราะการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่ง จำหน่ายกลับมาฟื้นฟูสภาพหรือพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งการดูแลต่อเนื่องที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ¹¹ ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้การวางแผนจำหน่ายเพื่อเป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากระยะวิกฤติในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้านให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสภาวะ

โรคช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายหรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้นและสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้ (อัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ, 2552) ผู้วิจัยและทีมดูแลต่อเนื่องได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรังซึ่งได้คำนึงถึงความสูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมนั้น

ผลลัพธ์ต่อบุคลากรทีมสหวิชาชีพในบทบาทผู้ปฏิบัติมีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นมาตรฐาน ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ประเมินความคิดเห็นพบว่ามีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบเนื่องจากสะดวกในการนำไปใช้ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงานในระดับสูงมาก

การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมกับบริบทที่ได้ดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเนื่องจากต้องมีการประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกันจึงต้องมีการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุเป้าหมายคือเพื่อให้

เกิดการดูแลต่อเนื่องและองค์รวม ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการวางแผนดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบจากเดิมที่ไม่มีความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งเมื่อนำใช้รูปแบบทำให้แก้ไขจุดอ่อนเรื่องการประสานการดูแลต่อเนื่อง สามารถสื่อสารกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทำให้เห็นการทำงานที่มีส่วนร่วมของทุกฝ่ายรวมทั้งผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ (อัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ, 2552) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารและการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพจำบังบอกถึงคุณภาพการบริการในการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า การสร้างทีมดูแลต่อเนื่องแบบนี้ทำให้ทีมเกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วมกันเป็นอย่างดี สามารถสร้างทีมที่มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ตระหนักในการดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2550). สถานการณ์สุขภาพคนไทยเนื่องในวันสาธารณสุขแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.
- 2.สมศักดิ์ ชุมหรัศม์. (บรรณาธิการ). (2555). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- 3.Mc Aleese P, Odling-Small W. The effect of complication on length of stay. Annals of surgery1994;22: 740-744.
- 4.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). บทที่ 3 ประชากรชราและผู้สูงอายุไทย: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- 5.ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ). (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- 6.สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2555). คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน: ม.ป.ท.
- 7.โรงพยาบาลหนองงูศรี. (2557). รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พ.ศ.2557, ภาพสินธุ์โรงพยาบาลหนองงูศรี.
- 8.โรงพยาบาลหนองงูศรี. (2558). รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พ.ศ.2558, ภาพสินธุ์โรงพยาบาลหนองงูศรี.
- 9.โรงพยาบาลหนองงูศรี. (2559). รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พ.ศ.2559, ภาพสินธุ์โรงพยาบาลหนองงูศรี.



- 10.Kermis, S &Mc Taggart, R.(1998). The action research planner. Victoria: Deakin University.
- 11.วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์, นิตย์ ทศนิยม. (2551) การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(3), 12-21.
- 12.นวลนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.นนทบุรี:สำนักการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- 13.ธัญลักษณ์ โอปอ้อม.(2541) การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ: กิจกรรมที่ต้องอาศัยกลยุทธ์. วิทยาการพยาบาล, 23(3), 206-209.
- 14.อัมพรพรรณ ธีรานูตรและคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์กรวม
- 15.สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์.วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27 (2), 65-77.
- 16.นวลจันทร์ พูลสมบัติ, ประนอม วรรณกุล. (2551) การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 26(3), 58-67.