

## ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

เพ็ญพิมล เปียงแก้ว, นักศึกษาปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,  
e-mail; pen-2002@hotmail.com

วารางคณา จันทรคง, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,  
e-mail; warangkana.cha@stou.ac.th

เอกพล กาละดี, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, e-mail; akaphol.kal@stou.ac.th

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน 2) ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยติดเตียงที่มีคะแนนดัชนีบาร์เทิลเอทีแอล 0-4 คะแนน อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน 2) ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสมาชิกในครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 15 คนและ 3) อสม. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 15 คน คัดเลือกโดยวิธีการให้ผู้ดูแลสมัครเข้าร่วมโครงการครบตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 กลุ่ม โดยมีการยินยอมเข้าร่วมโครงการ ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .6-1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .8 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมจำนวน 5 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ไม่มีผู้ป่วยติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 5 พบเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านข้อติด จำนวน 2 ราย และ ความพึงพอใจของครอบครัวความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง (Mean=4.36, SD=.55) ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง (Mean=4.40, SD=.42)

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

## Effects of Family and Village Health Volunteer Participation Program in Caring for Bedridden Patients at Home

Penpimol Piangkaeo, Degree of Master of Public Health Program School of Public Health Sukhothai Thammathirat Open University, e-mail; pen-2002@hotmail.com

Warangkana Chankong, Public Health Program School of Public Health Sukhothai Thammathirat Open University, e-mail; warangkana.cha@stou.ac.th

Akaphol Kaladee, Public Health Program School of Public Health Sukhothai Thammathirat Open University, e-mail; akaphol.kal@stou.ac.th

### Abstract

The purpose of this study were (1) to compare the incidence of complications in bedridden patients before and after the family members and community health volunteers (CHVs) in a complication participating in a program at home, and (2) to assess the satisfaction of the family members and CHVs with the program. The Study sample includes (1) 15 bedridden patients with a Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index score of 0-4 in Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province, (2) 15 caregivers who are family members or those assigned by family members to care for bedridden patients at home in Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province, and (3) 15 CHVs in Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. The objects was selected by the volunteer caregivers to participate in the project according to the criteria off three groups and consent to participate. Tool was content validity .6-1, validity reliability 0.8. The sample group received the program for 5 weeks and collected data using a complication assessment form, a satisfaction assessment form, and analyzed using percentage, mean, and standard deviation.

The study found that after participating in the program, there were no bedridden patients who experienced complications such as pressure sore, muscle atrophy, respiratory tract infections, and urinary tract infections in the third week. However, in the fifth week, joint stiffness were found in two cases. The overall satisfaction of families with the program was high (mean=4.363, SD=.55), as was the high satisfaction of volunteer health workers in all four parts (mean=4.40, SD=.42). The program enabled patients to receive proper care from caregivers and volunteers, resulting in patient safety and prevention of complications. This program can be applied in primary care units.

**Keywords:** Participatory Program, Volunteer Health Worker, Home Care for Bedridden Patients

## บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดเชื้อ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรโลก มีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประชาชนไทยเกิดปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ทันสมัย สามารถช่วยผู้ป่วยจากภาวะวิกฤตได้ ซึ่งความก้าวหน้าเหล่านั้นก็ยังไม่สามารถรักษาโรคบางชนิดให้หายขาดได้ ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง (Nakkul, 2018) ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นในด้านการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การทำกายภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ป่วย (Orem, 2001) การนอนบนเตียงตลอดเวลา หรือนอนทับท่าเดียวนานๆ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นแผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Butimal, Isaramalai & Thaniwattananon, 2018) และผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การฝึกทักษะผู้ดูแลอย่างเป็นทางการจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Puneet Bains, Amarjeet Singh Minhas, 2011) การสนับสนุนของหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านให้กับผู้ดูแลมีความสำคัญในด้านช่วยปกป้องสภาพร่างกาย จิตใจ และภาวะทางสังคมของผู้ดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแล (Aysun BEKDEMİR, & İlhan, 2019) ซึ่งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและค่าใช้จ่ายต่างๆที่ตามมา

ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่อยู่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด กระทรวงสาธารณสุขใช้กลไกภาคประชาชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่ง อสม. มีครอบครัวทุกหมู่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชนแบบใกล้ชิดใกล้ชิดใจและสามารถดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน และสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลมีทีมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน(Department of Health Service Support, 2017)

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็น รพ. ระดับตติยภูมิเน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันวิกฤตและซับซ้อน รวมทั้งมีบทบาทเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านบริการแบบไร้รอยต่อแก่เครือข่าย ในปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 พื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 222, 199 และ 251 ราย ตามลำดับ เมื่อติดตามในระยะยาวพบว่า ในปีงบประมาณ 2564 พบภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย แผลกดทับ 30 คน และมีข้อติดแข็ง 32 คน (Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Network Database, 2021) ผู้ป่วยติดเตียงที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการคงที่จะส่งกลับไปดูแลที่บ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยบางรายยังต้องการการดูแลระยะยาวเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ บางครอบครัวอาจมีปัญหาด้านผู้ดูแลที่ยังขาดความรู้และทักษะ ไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน และระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การทำงานที่ผ่านมามีการสอน แนะนำผู้ดูแล บางครั้งไม่ได้ใช้อุปกรณ์จริงในการนำไปใช้ที่บ้าน เมื่อกลับไปดูแลที่บ้านทำให้ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมนั้นๆ หรือมีการเปลี่ยนผู้ดูแล และผู้ดูแลที่

เป็นสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้คนเดียวหรือทำคนเดียวได้ลำบาก เช่น การพลิกตัว การยกตัวคนไข้ การทำกายภาพ ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวไม่มีทักษะหรือไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย (Jarujit, Aramsin, & Prachanno, 2019) และหน้าที่ของผู้ดูแลหลักที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความผูกพันทางเครือญาติกับผู้ป่วย (Chantra, 2017) ซึ่งมีการใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีตะโพกหักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Xiaodong, et al, 2020)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

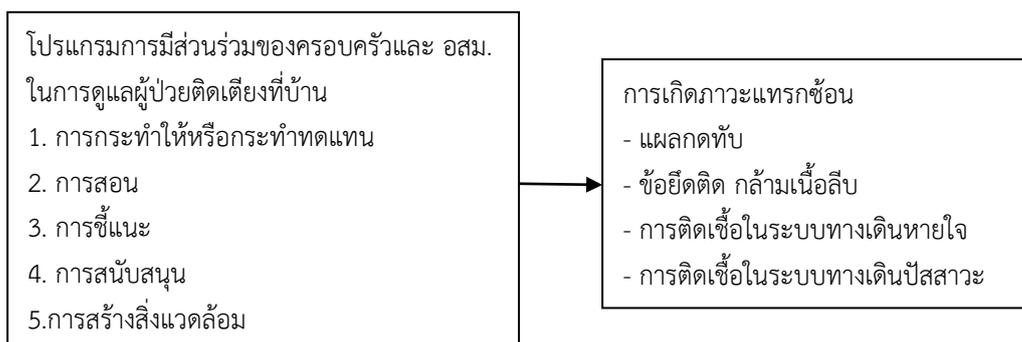
1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงประกอบด้วย ผลกดทับ ข้อยึดติด/ กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของครอบครัวและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

### สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กำหนดกรอบแนวคิด โดยการออกแบบภายใต้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ในเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้



## ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยติดเตียงที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีบาร์เทิลเอดีเอล:(ADL)) 0-4 คะแนน อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 496 คน 2) เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสมาชิกในครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 496 คน 3) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,545 คน กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม มีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีเกณฑ์การคัดเข้า  
1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน พิกัดหรือทูลภาพโดยมีผลรวมคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีบาร์เทิลเอดีเอล) 0-4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน  
2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการเป็นผู้ป่วยติดเตียง 3) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 4) ผู้ป่วยอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 5) ครอบครัวหรือญาติหรือผู้ดูแลยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ย้ายไปอยู่นอกเขตอำเภอเมืองนครศรีธรรมราชระหว่างการศึกษ 2) มีภาวะแทรกซ้อนจากอาการหรือโรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 3) เสียชีวิต

2. ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสมาชิกในครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน มีเกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้ การสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีการยินยอมเข้าร่วมวิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นโปรแกรม 2) อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราชมีคุณสมบัติดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีการยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น เกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นโปรแกรม

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยวิธีการให้ผู้ดูแลสมัครเข้าร่วมโครงการครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการยินยอมเข้าร่วมโครงการ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power version 3.1 มี Effect Size 0.5,  $p = .05$ , Power .80 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากพอที่จะคำนวณสถิติ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 1 เท่า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 45 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียง 15 คน ครอบครัว 15 คน และ อสม. 15 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยติดเตียง ใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)
2. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีวิธีดำเนินการ 2 ระยะ จำนวน 5 สัปดาห์ (Butimal, Isaramalai & Thaniwattananon, 2018) คือ ระยะที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก โดยผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ที่บ้านผู้ป่วยโดยการสอน บรรยาย สาธิตย้อนกลับแก่ครอบครัว และ อสม. ตามแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พร้อมกับมีคู่มือการดูแลผู้ป่วย หัวข้อในการสาธิต มีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล โดยการให้ อสม. 1 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านกับครอบครัวในวันและเวลาที่ อสม. สามารถดูแลได้โดยกำหนดให้ สัปดาห์ละ 3 วันและเว้นระยะห่างกัน 1-2 วัน (รวมทั้งหมด 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์) ในกิจกรรมต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดทำตาราง วัน เวลาในแต่ละครั้ง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการนัดหมายติดตามเยี่ยม ทั้งทางโทรศัพท์และการลงติดตามเยี่ยมที่บ้าน

ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2-5 กิจกรรมในการติดตาม

ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งมีการติดตามเยี่ยมทั้งครอบครัวและ อสม. มีการบันทึกปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อติดตามประเมินผลในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ตลอดจนชื่นชม ให้กำลังใจแก่ครอบครัวและ อสม. พร้อมทั้งมีการบันทึก

ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งมีการติดตามเยี่ยมทั้งครอบครัวและ อสม. มีการบันทึกปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อติดตามประเมินผลในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 5 (สิ้นสุดโปรแกรม) มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้าน และประเมินความพึงพอใจของครอบครัวและ อสม. ต่อโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้หรือมีความพร้อมในการดูแลตนเองจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น โดยโปรแกรมประยุกต์จากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ ครอบครัวร่วมกับ อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบดูแลของตนเอง เข้ามาดูแลด้วยกัน ประกอบด้วย 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำทดแทนโดยครอบครัวและ อสม การสอนโดยผู้วิจัย การชี้แนะโดยผู้วิจัย การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนา

**เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ**

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเตียง ครอบครัวและ อสม. เป็นแบบเลือกตอบ
2. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบคำถามปลายปิด (มี-ไม่มี) โดยการสังเกตผิวหนังบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อแผลกดทับ ลักษณะและสีของปัสสาวะ เสมหะ ลักษณะการหายใจ และทดสอบการเคลื่อนไหวของข้อ ลักษณะกล้ามเนื้อ และวัดไข้ มีหัวข้อประเมินดังนี้ 1) การประเมินแผลกดทับ 2) การประเมินข้อติด กล้ามเนื้อลีบ 3) การประเมินการติดเชื้อทางเดินหายใจ 4) การประเมินการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย
3. แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นชุดคำถามที่ใช้ประเมินความรู้สึกและความคิดเห็นของ ครอบครัวและ อสม. ต่อโปรแกรม เป็นการให้คะแนนโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ในด้านประโยชน์ของโปรแกรม ด้านรูปแบบของโปรแกรม ด้านระยะเวลาในการจัดทำโปรแกรม ด้านเจ้าหน้าที่(ผู้วิจัย) และภาพรวมของโปรแกรมพร้อมทั้งให้เขียนเสนอข้อแนะต่าง ๆ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา** ตรวจสอบความเหมาะสมในการใช้ภาษา การจัดลำดับเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหาสาระโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางการพยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลชุมชน 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .66-1

**การประเมินความเที่ยง** ผู้ร่วมทดสอบ คือ พยาบาลวิชาชีพ 4 คนที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ปฏิบัติงานที่การพยาบาลชุมชน 2 คน นำเครื่องมือการประเมินภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ไปใช้ แล้วหาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีหาอัตราส่วนระหว่างจำนวนหัวข้อการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ประเมินได้เหมือนกันต่อจำนวนหัวข้อที่ต้องประเมินทั้งหมด ได้เท่ากับ .8

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างวันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 31 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ที่บ้านผู้ป่วยโดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนใช้สถิติจำนวน ระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการดูแล วิเคราะห์สถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 032/65 หลังจากรับการรับรอง ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์แก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช หลังจากนั้นได้อธิบายวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งสอบถามถึงความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมครั้งนี้และมีสิทธิยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งผลสรุปของการศึกษาจะเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น หลังจากนั้นให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### ผลการวิจัย ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ข้อมูลของผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 เพศชาย ร้อยละ 13.30 มีอายุตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 6.70 โดยมีอายุดำสุด 51 ปี อายุสูงสุด 95 ปี อายุเฉลี่ย 76.20 ปี ด้านสถานภาพ มีสถานภาพโสดและหม้ายมากที่สุด ร้อยละ 60.00 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.0 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 13.30 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 มัธยมศึกษา ร้อยละ 13.30 และไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 20.00 อาชีพก่อนเป็นผู้ป่วยติดเตียงมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.30 แม่บ้าน ร้อยละ 26.70 ค่าขายร้อยละ 20.00 และผู้ป่วยติดเตียงไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว ร้อยละ 80.00 ที่เหลือร้อยละ 20.00 มีอุปกรณ์

1.2 ข้อมูลของครอบครัว พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 เพศชาย ร้อยละ 6.70 ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.30 ช่วงอายุที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.70 โดยมีอายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 48.13 ปี ด้านสถานภาพ มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 53.30 รองลงมา สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้างร้อยละ 46.70 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 60.70 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวของผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.30 ระยะเวลาที่ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มติดเตียง จำนวนมากที่สุด คือ ระยะเวลา 1-3 เดือน ร้อยละ 33.30 และ ตั้งแต่ 3-6 เดือน, 6 เดือน-1 ปี และ 1-2 ปี มีเท่ากัน คือ ร้อยละ 20.00 จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงใน 1 วัน มากที่สุดต้องดูแล 16-24 ชั่วโมง ร้อยละ 46.70 รองลงมา คือ 1-8 ชั่วโมง ร้อยละ 33.30 ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 80.00

1.3 ข้อมูลของ อสม. พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพศหญิงทั้งหมด ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 51-60 ปี ร้อยละ 33.30 ช่วงอายุที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 71-80 ปี ร้อยละ 6.70 โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 71 ปี อายุเฉลี่ย 49.73 ปี ด้านสถานภาพสมรส มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 80.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 20 ระดับการศึกษา จบอนุปริญญาและปริญญาตรีเท่ากัน คือ ร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.30 และ ร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

### ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับโปรแกรม

ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง ด้านแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 หลังได้รับโปรแกรม พบว่าไม่มีผู้ป่วยติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่วนภาวะแทรกซ้อนด้านข้อติด พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย รายละเอียด ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบจำนวนการเกิดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับโปรแกรม ฯ ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 (n=15)

หัวข้อประเมิน	หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 3 (ราย)		หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 5 (ราย)	
	มีภาวะ แทรกซ้อน	ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน	มีภาวะ แทรกซ้อน	ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน
<b>แผลกดทับ (ข้อ 1-2)</b>				
1. มีรอยจ้ำสีแดงที่ผิวหนัง กดแล้วไม่จางหาย	-	15	-	15
2. แผลที่มีผิวหนังส่วนบนหลุดออก ฉีกขาด มองเห็นชั้นหนังแท้เป็นสีชมพูหรือสีแดง หรือมีตุ่ม น้ำใส หรือ ตุ่มน้ำใสที่แตกแล้ว	-	15	-	15
<b>ข้อติด/กล้ามเนื้อลีบ (ข้อ 3-4)</b>				
3. ข้อติดแข็ง	-	15	2	13
4. กล้ามเนื้อลีบ	-	15	-	15
<b>ติดเชื้อทางเดินหายใจ (ข้อ 5-8)</b>				
5. มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียสเกิน 24 ชั่วโมง	-	15	-	15
6. ไอ มีเสมหะมากขึ้น ดูดเสมหะบ่อยขึ้น	-	15	-	15

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบจำนวนการเกิดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับโปรแกรม ฯ ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 (n=15)(ต่อ)

หัวข้อประเมิน	หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 3 (ราย)		หลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 5 (ราย)	
	มีภาวะ แทรกซ้อน	ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน	มีภาวะ แทรกซ้อน	ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน
	7. เสมหะสีเหลืองข้น /เขียว	-	15	-
8. เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก	-	15	-	15
<b>ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ (ข้อ9-14)</b>				
9. มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส	-	15	-	15
10. ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน	-	15	-	15
11. ปัสสาวะมีหนองปนออกมา	-	15	-	15
12. ปัสสาวะมีเลือดปนออกมา	-	15	-	15
13. ปัสสาวะบ่อย	-	15	-	15
14. ปัสสาวะออกน้อย	-	15	-	15

**ตอนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของครอบครัวและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรม**

พบว่าครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง ความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง (Mean=4.36, SD.= .55) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจในระดับสูงทุกด้าน ด้านที่มีความพึงพอใจระดับสูงสุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่ (Mean=4.57, SD.= .62) ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง (Mean=4.40, SD.= .42) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจในระดับสูงทุกด้าน ด้านที่มีความพึงพอใจระดับสูงสุด คือ ด้านประโยชน์ของโปรแกรม (Mean=4.48, SD.= .39) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยติดเตียงและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรม

หัวข้อ	ความพึงพอใจของครอบครัว			ความพึงพอใจของ อสม.		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
<b>ด้านประโยชน์ของโปรแกรม</b>	4.37	.57	สูง	4.48	.40	สูง
ประโยชน์ของการจัดโปรแกรม	4.33	.62	สูง	4.40	.51	สูง
การมีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรม	4.33	.62	สูง	4.47	.52	สูง
การได้รับความรู้จากโปรแกรม	4.40	.63	สูง	4.60	.51	สูง
การนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยติดเตียง	4.40	.63	สูง	4.47	.52	สูง
<b>ด้านรูปแบบของโปรแกรม</b>	4.23	.68	สูง	4.20	.46	สูง
ความเหมาะสมของรูปแบบ/หัวข้อ ของโปรแกรม	4.20	.68	สูง	4.13	.52	สูง
การจัดกิจกรรมในโปรแกรมสามารถ ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้	4.27	.70	สูง	4.27	.46	สูง
<b>ด้านระยะเวลา</b>						สูง
ระยะเวลาของโปรแกรม	4.20	.56	สูง	4.13	.83	สูง

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยติดเตียงและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรม (ต่อ)

หัวข้อ	ความพึงพอใจของครอบครัว			ความพึงพอใจของ อสม.		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
ด้านเจ้าหน้าที่	4.57	.62	สูง	4.57	.46	สูง
สามารถให้ข้อมูล รายละเอียดการใช้โปรแกรม	4.53	.64	สูง	4.47	.52	สูง
สามารถอธิบาย ตอบคำถามได้ชัดเจนเมื่อมีปัญหาการใช้โปรแกรม	4.60	.63	สูง	4.67	.49	สูง
สรุปความพึงพอใจ	4.36	.55	สูง	4.40	.42	สูง

### อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยติดเตียงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้องูทางเดินหายใจและการติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ส่วนภาวะแทรกซ้อนด้านข้อติด พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย กล่าวได้ว่า การได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ตามกรอบแนวคิดแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียมในเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยเหลือ 5 วิธี คือ 1) การกระทำหรือกระทำทดแทนโดยครอบครัวและ อสม. 2) การสอน เนื้อหา ฝึกปฏิบัติแก่ครอบครัวและ อสม. 3) การชี้แนะ ข้อมูลและแนวทางแก่ครอบครัวและ อสม.ในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 4) การสนับสนุน ให้กำลังใจเสริมพลัง แก่ครอบครัวและ อสม. 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาของครอบครัวโดยนำ อสม. มาช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ร่วมกับการมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน การติดตามดูแลทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน มีแบบฟอร์มบันทึกการดูแล ปัญหา อุปสรรครายบุคคล มีผลให้ครอบครัวและ อสม. มีความรู้ ทักษะ นำไปดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จำนวน 2 ใน 15 ราย คือ ข้อติดแข็ง หลังได้รับโปรแกรม ซึ่ง มีการศึกษา การวิจัยเชิงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงพบว่า ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ลดจำนวนผู้ที่มีแผลกดทับ ลดจำนวนผู้ติดเชื้องูทางเดินหายใจ เชลของการติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะและข้อยึดติดกล้ามเนื้อ (Butimal, Isaramalai, & Thani,wattananon, 2018) และมีการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียงลดลง โดยไม่พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง อัตราป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ เท่ากับ 0 มีภาวะท้องผูกลดลง ร้อยละ 40.00 ไม่มีการเกิดแผลกดทับ และไม่เกิดข้อติดแข็ง (Nakkul, 2018) และ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมในโปรแกรมที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชิงรุกในการดูแลสุขภาพอนามัยในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ในชุมชน รวมทั้งรูปแบบของการเรียนรู้เป็นแบบเชิงประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. รวมทั้งเป็นผู้ป่วยในพื้นที่ที่ อสม. รับผิดชอบดูแลทำให้มีความใกล้ชิด ค้นเคย ทราบปัญหาของผู้ป่วย

ครอบครัวผู้ดูแลเป็นอย่างดี เมื่อครอบครัวและ อสม.ได้รับความรู้ ทักษะในการไปปฏิบัติดูแลตาม โปรแกรมส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในด้านแผลกดทับ ด้านการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ ด้านการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่วนภาวะแทรกซ้อนข้อติดแข็งพบ 2 ราย ซึ่งอธิบายได้ว่า

ภาวะแทรกซ้อนด้านแผลกดทับ เนื่องจาก ในโปรแกรมมีการสอน ฝึกปฏิบัติแก่ครอบครัวของผู้ป่วยติดเชื้อและ อสม. ในเรื่องการพลิกตัว วิธียกตัวผู้ป่วย การจัดท่านอน การสังเกตผิวหนัง การจัดเสื้อผ้าที่สวมใส่ การดูแลให้ผ้าปูเรียบตึง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยติดเชื้อพลิกตะแคงตัวเองในกรณีที่ทำได้ จนครอบครัวผู้ดูแล อสม. ทำได้ มีความมั่นใจ มีการให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้าน อสม. มาดูแลตาม ตาราง เวลา แผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวที่วางแผนไว้ ในส่วนของเจ้าหน้าที่มีการติดตามทาง โทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม มีแบบฟอร์มพร้อมบันทึกปัญหา การให้คำแนะนำ การดูแลและประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกครั้งติดตามเยี่ยม ซึ่งกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยเป็นกิจกรรม รายบุคคลแก่ครอบครัวและ อสม. ที่ตรงกับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยติดเชื้อ

ภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อทางเดินหายใจ ในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งได้รับและไม่ได้รับการใช้ท่อ ช่วยหายใจด้วยการเจาะคอ ซึ่งโปรแกรมการดูแลให้ผู้ป่วยเป็นกิจกรรมรายบุคคลแก่ครอบครัวและ อสม. ที่ตรงกับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยติดเชื้อ ในโปรแกรมมีการสอน ฝึกปฏิบัติแก่ ครอบครัวของผู้ป่วยติดเชื้อและ อสม. ในเรื่อง การจัดท่านอน การดูดเสมหะ การสังเกตลักษณะ สี ปริมาณของเสมหะ เช่น เสมหะมีสีเหลืองข้นหรือเขียว การสังเกตการหายใจ เช่น หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ การวัดไข้ จนครอบครัวผู้ดูแล อสม. ทำได้ มีความมั่นใจ มีการให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้าน มี อสม. มาร่วมดูแลตามตาราง เวลา แผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวที่วางแผนไว้ มีการอธิบายให้ข้อมูล เมื่อมีปัญหากรณีเร่งด่วน การโทรศัพท์แจ้ง 1669 ในส่วนของเจ้าหน้าที่มีการติดตามทางโทรศัพท์และการ ติดตามเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม มีแบบฟอร์มบันทึกปัญหา การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ เสริมพลัง และประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกครั้งติดตามเยี่ยม

ภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งมีสายและไม่มีสายสวน ปัสสาวะ และไม่มีข้อห้ามในการจำกัดปริมาณน้ำ ซึ่งโปรแกรมการดูแลให้ผู้ป่วยเป็นกิจกรรมรายบุคคลแก่ ครอบครัวและ อสม. ที่ตรงกับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยติดเชื้อ ในโปรแกรมมีการสอน ฝึกปฏิบัติแก่ครอบครัวของผู้ป่วยติดเชื้อและ อสม. ในเรื่องการสังเกตลักษณะ สี ปริมาณของปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มหรือ ขุ่น มีตะกอน การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะ บ่อยหรือไม่สุด ปัสสาวะมีเลือดออก การวัดไข้ การแนะนำดื่มน้ำวันละ 1,500-2,000 ซีซีต่อวัน จน ครอบครัวผู้ดูแล อสม. ทำได้ มีความมั่นใจ มีการให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้าน มี อสม. มาร่วมดูแล ตามตาราง เวลา แผนการดูแลร่วมกันที่วางแผนไว้ บอกวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหากรณีเร่งด่วน ในส่วนของเจ้าหน้าที่มีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม มีแบบฟอร์ม บันทึกปัญหา การให้คำแนะนำ การดูแลและประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกครั้งติดตามเยี่ยม

ภาวะแทรกซ้อนด้านข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจาก ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลีบ ส่วนข้อติดมีเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 13 รายอธิบายได้ว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากในโปรแกรมมีการสอน ฝึกปฏิบัติแก่ครอบครัวของผู้ป่วยติด เชื้อและ อสม. ในเรื่องการถ่ายภาพบริหารข้อต่างๆ ทั้งที่ให้ผู้ป่วยทำเองและให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อและ อสม. ร่วมกันทำให้ผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ หรือบางท่าบริหารที่ผู้ป่วยติดเชื้อทำเองไม่ได้ตาม ตารางที่วางแผนไว้ รวมทั้งแนะนำให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยทำเองในท่าที่ ทำเองได้ พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้านแก่ครอบครัวและ อสม. ในส่วนของเจ้าหน้าที่มีการ

ติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม มีแบบบันทึกปัญหา การให้คำแนะนำ การดูแลและประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกครั้งติดตามเยี่ยม ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดจากพยาธิสภาพของโรค โรคพาร์กินสันและเนื้องอกในสมอง ทำให้มีโอกาสเกิดข้อติดได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ถึงแม้ได้รับโปรแกรมเดียวกัน และครอบครัวผู้ดูแล อสม. ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งมีการศึกษาเรื่องภาวะแทรกซ้อนข้อติดในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต มีข้อติดอย่างน้อย 1 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 39 มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนอนเกิน 8 สัปดาห์ มีค่า OR ratio=7.09 และภาวะแทรกซ้อนข้อติดจะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปจนถึงวันจำหน่าย Clavet Heidi & etc, 2008) ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนเรื่องข้อติดในผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 33.30) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 60.70) สามารถเรียนรู้และอ่านออกเขียนได้ ซึ่งมีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และกล่าวว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น เกิดความพิการซ้ำซ้อน มีโอกาสที่จะกลับเป็นโรคซ้ำ หากผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องหยุดงาน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและสูญเสียรายได้ จากเหตุผลข้างต้น อาจทำให้ญาติผู้ดูแลหลักสนใจและพยายามเรียนรู้เนื้อหาความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองตีบหรืออุดตัน Seesaed, Piyasiriphan, & Siri, 2023)

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ คือ การเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและทดสอบ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนบางอย่างไม่สามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องจากการสังเกต เช่น การติดเชืทางเดินหายใจและการติดเชืทางเดินปัสสาวะ ที่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการหรือการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยร่วมด้วย

2. ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจของครอบครัวและ อสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดยแยกเป็นข้อมูลความพึงพอใจของครอบครัวและความพึงพอใจของอสม. ในการเข้าร่วมโปรแกรม จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจทั้งครอบครัวและ อสม. ระดับความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านประโยชน์ของโปรแกรม ด้านรูปแบบของโปรแกรม ด้านระยะเวลา ด้านเจ้าหน้าที่ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับสูงทุกด้าน สอดคล้องกับการวิจัยเชิงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจร้อยละ 100 ในการใช้คู่มือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Butimal, Isaramalai & Thaniwattananon, 2018) และประสิทธิผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาล นครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียงลดลง และผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.31,SD=.35) (Nakkul, 2018) อธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมมีการติดตามทางโทรศัพท์และการลงติดตามเยี่ยมที่บ้านเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วย มีกำลังใจในการดูแลตนเอง มีคนมาคุยด้วย ส่วนครอบครัว อสม. สามารถปรึกษาปัญหาหรือแก้ปัญหาในขณะนั้นได้ทันที มีแบบฟอร์มการบันทึกปัญหา การให้คำแนะนำทุกครั้งเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล มีการให้กิจกรรมเป็นรายบุคคลที่ครอบครัวและ อสม.สามารถนำไปปฏิบัติได้เลย มีการฝึกปฏิบัติแก่ครอบครัวและ อสม. อย่างใกล้ชิด ซึ่งโปรแกรมนี้สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของอสม ให้ อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยมีการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เช่น โปรแกรมสร้างความสุขให้กับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ (อสม. ตัวอย่างที่ 5) เป็นโปรแกรมที่ดี

มีการจัดทำบ่อยๆ ยิ่งดี มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล(ครอบครัวผู้ป่วยตัวอย่างที่ 6) ต้องการให้มาเสริมโปรแกรมนี้ให้กับ อสม. ทุกคนเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของอสม. (อสม. ตัวอย่างที่ 8) ได้รับความรู้จากโปรแกรมและสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยได้จริง เจ้าหน้าที่เป็นกันเอง ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากกิจกรรมโปรแกรมนี้ (ครอบครัวผู้ป่วยตัวอย่างที่ 9) อยากให้ทำอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาสั้นไป มีคนกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ (อสม. ตัวอย่างที่ 13)

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลควรใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเตียงทุกคน โดยการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

1.2 สถานบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

#### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการออกแบบการศึกษาวิจัยที่มีการติดตามในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของทักษะและความต่อเนื่องของครอบครัวผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 ควรมีการศึกษาต้นทุนของโปรแกรมเปรียบเทียบกับ การดูแลรูปแบบเดิม

### รายการอ้างอิง

- Aysun BEKDEMİR and Nesrin İLHAN. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The Journal of Nursing Research*. 27(3), 1-9.
- Butimal, P., Isaramalai, S., Thaniwattananon, P., (2018). Development of Nursing Practice Guideline for Preventing Complications in Bed-Bound Elders at Home. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 79-91. (in Thai)
- Chantra, C., (2017). Problems and Requirements of Primary Caregivers in Involving Nutrition and Bed sore Prevention of Bedridden Elderlies. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 8(3), 41-50. (in Thai)
- Clavet Heidi,Paul C Hebert,Dean Fergusson, Steve Doucette and Guy Trudel. (2008). Joint contracture following prolonged stay in the intensive care unit. *Canadian Medical Association Journal*, 178(6), 691-697.
- Department Of Health Service Support. (2017). *Handbook of Long Term Care for Caregiver*. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly Printing House of Thailand Co., Ltd.
- Honboonherm, P., (2010). *Orem's Theory of Nursing : Concepts and applications in obstetrics nurse*. (2<sup>th</sup>). Maha Sarakham. Apichat Printing Ltd., Part.

- Jarujit, S., Aramsin, R., Prachanno., W., (2019). Home Visit Model for Bedridden Patients Based on the Problems and Needs of Caregivers. *JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE*. 30(1), 54-68. (in Thai)
- Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Network Database, 2021.
- Mahoney FJ and Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md Med J*, 1965(4), 61-65.
- Nakkul, 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* 28(3), 36-49. (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Bains, P., Minhas, AS., (2011). Profile of Home-based Caregivers of Bedridden Patients in North India. *Indian Journal of Community Medicine*. Apr-Jun, 36(2) 114–119.
- Seesaed, P., Piyasiriphan, N., and Siri, T, (2023). The Effects of Discharge Planning Program for Ischemic Stroke Patients at Male Medical Ward in Somdej Phrachao Taksin Maharat Hospital. *Journal of health science Tak province*. 1(2), 1-17. (in Thai)