

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำ

มณีลักษณ์ มาตชาว*✉, จิตร มงคลมะไฟ*, พันนิภา แก่นจำปา*

*ศูนย์สุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

✉ WoodDee.Xcodai@Gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมผสานนี้ (Mixed-methods action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำ ตำบลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวม 9 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP Model) ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับภาคีเครือข่าย จำนวน 224 คน และระยะที่ 2 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบในกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 40 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 แผนงานหลัก ได้แก่ (1) แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน (2) แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (3) แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง และ (4) แผนงานบริหารจัดการและติดตามประเมินผล โดยมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การจัดตั้งศูนย์เยี่ยม-คิโนอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับตำบล การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน การจัดตั้งทีมดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง และการจัดตั้งระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วยประกอบด้วยผู้ป่วยติดบ้าน 34 ราย ผู้ป่วยติดเตียง 3 ราย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ราย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น ($p = 0.013$) ความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Morse Fall Scale) ลดลง ($p < 0.001$) ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) ลดลง ($p < 0.001$) ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ของผู้ป่วยระยะท้าย (ESAS) ลดลง ($p < 0.001$) และความปวด (Pain Score) ลดลง ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพและชุมชน สามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และบรรเทาอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดบ้าน, ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ทีมรักษาพยาบาลชุมชน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Article info:

Received: Apr 7, 2026

Revised: Jun 23, 2026

Accepted: Jun 26, 2026

Original article

The development of a homebound bedridden and palliative care patient care model led by a community nurse team

Maneelug Matkao✉, Jit Mongkholmafai*, Pannipa Kaenchampa*

*Kut Chum Primary Care Unit Kut Chum District, Yasothon

✉WoodDee.Xcodai@Gmail.com

Abstract

This mixed-methods action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care model for homebound, bedridden, and palliative care patients led by a community nurse team in Kut Chum Sub-district, Kut Chum District, Yasothon Province. The study was conducted from March to November 2025, totaling 9 months, and divided into two phases. Phase 1 involved model development using the Participation Technology (TOP Model) through focus groups, workshops, and A-I-C participatory planning with 224 network partners. Phase 2 evaluated the model's outcomes in 40 patients. Data were analyzed using descriptive statistics and Pair t-test.

The developed care model consisted of four main plans: (1) homebound patient care system development, (2) bedridden patient care system development, (3) palliative patient care system development, and (4) management and evaluation system. Key activities included establishing a sub-district medical equipment lending center, developing a discharge planning system with the community hospital, establishing a specialized palliative care team, and setting up a 24-hour telephone consultation hotline. After implementing the care model, patients consisting of 34 homebound patients, 3 bedridden patients, and 3 palliative/end-of-life patients showed significant improvements.) The mean ADL score increased ($p = 0.013$). The mean Morse Fall Scale score decreased ($p < 0.001$). The mean Braden Scale score decreased ($p < 0.001$). The mean ESAS score decreased ($p < 0.001$). The mean Pain Score decreased ($p < 0.001$). All differences were statistically significant at the .05 level.

The participatory care model developed through collaboration with health networks and community partners effectively and sustainably improved the physical functional status of patients, reduced the risk of complications, and alleviated symptoms. It should be expanded to other areas with similar contexts.

Keywords: Homebound patients, bedridden patients, palliative care patients, community nurse team, community participation



บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น ภาวะพึ่งพิงหมายถึงภาวะที่บุคคลไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ โดยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล ภาวะพึ่งพิงอาจเกิดจากโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ หรือความเสื่อมถอยตามวัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระการดูแล ชุมชน และประเทศในด้านค่าใช้จ่ายและทรัพยากรด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2022)

ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2567 พบแนวโน้มผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงจำนวน 190,065 คน จากประชากรทั้งหมด 44,939,457 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 ในจังหวัดยโสธรพบผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงจำนวน 3,279 คน จากประชากร 344,941 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95 และในอำเภอกุดชุมพภูมิพบผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงจำนวน 167 คน จากประชากร 66,070 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 โดยเฉพาะในเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านใกล้ใจ พบผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงสูงถึง 40 คน จากประชากร 12,958 คน คิดเป็นร้อยละ 0.37 ซึ่งสูงที่สุดในระดับอำเภอกุดชุมพภูมิและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2024)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลกุดชุมพภูมิที่ผ่านมา ยังเป็นการดำเนินงานตามระบบปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเน้นการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบ ขาดระบบการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน และขาดทีมดูแลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้การดูแลยังไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกมิติ ขณะที่รูปแบบการดูแลในลักษณะนี้ในพื้นที่อื่นๆ พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการพัฒนาทีมดูแลเฉพาะทางสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ (Konkhum, 2021; Kanyakan et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการรูปแบบการดูแลโดยใช้พยาบาลชุมชนเป็นแกนนำในบริบทของจังหวัดยโสธรโดยเฉพาะ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

(Ngaechai, 2023) ขณะที่การใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการทำ family meeting ช่วยลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลได้ (Choeypho, 2023) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน (Wansiri & Pasuwan, 2021)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่ายังคงมีช่องว่าง (Gap) ในการศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการโดยใช้พยาบาลชุมชนเป็นแกนนำร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอกุดชุมพภูมิ จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตามวงจร PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 วงจร ได้แก่ วงจรที่ 1 (ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ) และวงจรที่ 2 (ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผล)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ตำบลกุดชุมพภูมิ อำเภอกุดชุมพภูมิ จังหวัดยโสธร และภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก จำนวนทั้งสิ้น 264 คน แบ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่าย จำนวน 224 คน และผู้ป่วย จำนวน 40 ราย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่ายผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 224 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 193 คน นายกเทศมนตรีตำบลกุดชุมพัฒนา 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขเทศบาลตำบลกุดชุมพัฒนา 1 คน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลกุดชุมพัฒนา 5 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดชุม 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดชุม 1 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลกุดชุม 5 คน และผู้นำหมู่บ้าน 14 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน 34 ราย ซึ่งมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 3 ราย ซึ่งมีคะแนน ADL 0-4 คะแนน และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 ราย ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต รวมทั้งสิ้น 40 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

สำหรับกลุ่มผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) ติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) และระยะสุดท้าย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาตามทะเบียนบ้าน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพว่าต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL < 12 คะแนน)
4. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต

5.ญาติหรือผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6. ผู้ป่วยหรือญาติ ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่าย

1. เป็นบุคลากรหรือตัวแทนองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงในพื้นที่
2. สัมผัสใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ

เกณฑ์คัดออก (Exclude criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือถอนตัวจากการศึกษากลางคัน
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือไม่มีระบบสนับสนุนในครอบครัวที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

4. ผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษามีจำนวนไม่มาก และสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนทุกคนตามเกณฑ์คัดเข้า จึงเลือกใช้วิธีการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด โดยไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบคลุม และสะท้อนบริบทจริงของพื้นที่อย่างแท้จริง โดยมีค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระยะเวลา การวิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 ถึง พฤศจิกายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) 10 ด้าน ใช้สำหรับประเมินผู้ป่วย การแปลผลของ Barthel Index (คะแนน 0-20) 0-4 หมายถึง พึ่งพาอย่างรุนแรง (Total Dependence) 5-9 หมายถึง พึ่งพารุนแรง (Severe Dependence) 10-14 หมายถึง พึ่งพาปานกลาง (Moderate Dependence) 15-19 หมายถึง พึ่งพาน้อย (Mild Dependence) 20 หมายถึง ไม่พึ่งพา (Independence)

2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Morse Fall Scale: MFS) ประเมิน 6 ด้าน สำหรับผู้ป่วยมี ADL ≥ 5 (เริ่มเคลื่อนไหวได้บ้าง) การแปลผล คะแนน 0-24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง คะแนน 25-50 หมายถึง มีความเสี่ยง คะแนน ≥ 51 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

3. แบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ (Braden Scale) 6 ด้าน สำหรับผู้ป่วยมี ADL ≤ 14 (เคลื่อนไหวได้จำกัด) การแปลผล ≥ 19 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง (No Risk) 15-18 หมายถึง ความเสี่ยงต่ำ (Low Risk) 13-14 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate Risk) 10-12 หมายถึง ความเสี่ยงสูง (High Risk) ≤ 9 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก (Very High Risk)

4. แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ของผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment Scale : ESAS) 10 ด้าน การแปลผล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

5. แบบประเมินความปวด (Pain Score) โดยใช้ Numerical Rating Scale (NRS) 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เทคนิค AIC (Appreciation, Influence, Control) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้กันทั่วไปและมีค่าความเชื่อมั่นและความตรงตามโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบจากหน่วยงานต้นสังกัดแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใหม่ แต่ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพ

รูปแบบการดูแลและแนวทางการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม และความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ด้วยการหาค่า CVI (Content Validity Index) ซึ่งได้ค่า S-CVI/Ave = 1.00 ถือว่าดี และค่า S-CVI/UA = 1.00 ถือว่ายอมรับได้ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและแนวทางตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

วงจรที่ 1 (ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบ)

การวางแผน (Planing) (1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวทีระดมและฐานข้อมูล HDC (2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (3) กำหนดวัตถุประสงค์ขอบเขต และแนวทางการดำเนินงาน

การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) กับภาคีเครือข่าย 224 คน โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สาเหตุร่วมกันวางแผนและกำหนดแนวทางพัฒนา

การสังเกตการณ์ (Observation) สังเกตและบันทึกกระบวนการมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย

การสะท้อนผล (Reflection) สะท้อนผลการพัฒนาร่วมกันสรุปรูปแบบเบื้องต้น ประกอบด้วย 4 แผนงาน 10 กิจกรรม

วงจรที่ 2 (ระยะที่ 2: การทดลองใช้และประเมินผล)

การวางแผน (Plan) (1) วางแผนนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย 40 ราย (2) กำหนดตัวชี้วัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามรูปแบบการดูแล 10 กิจกรรม กับผู้ป่วย 40 ราย เป็นระยะเวลา 7 เดือน (มีนาคม - กันยายน 2568) ประกอบด้วย

- การจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์เยี่ยม-คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับตำบล การลงพื้นที่ประเมินสภาพแวดล้อมและปรับปรุงที่อยู่อาศัยผู้ป่วยติดบ้าน

- การจัดอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงแก่ญาติผู้ดูแลและ อสม.

- การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

- การจัดตั้งระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

- การจัดตั้งทีมดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง

- การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ถึงบ้านแบบเร่งด่วน

- การประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อช่วยเหลือด้านการเดินทาง

- การประชุมคณะทำงานและติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

การสังเกตการณ์ (Observation) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยแบบประเมิน 5 ฉบับ ได้แก่ ADL, MFS, Braden Scale, ESAS, Pain Score และบันทึกผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

การสะท้อนผล (Reflection) สะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง สรุปปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด สำหรับข้อมูลทั่วไปและคะแนนประเมินต่างๆ

สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการใช้รูปแบบด้วย Pair t-test ในตัวแปร 6 ด้าน ได้แก่ ADL, Morse Fall Scale, Braden Scale, ESAS และ Pain Score กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พร้อมนำเสนอ Mean Difference และ 95% CI

โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบทางสถิติ: ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal Distribution) และตัวแปรอยู่ในมาตรวัดอันตรภาค (Interval Scale)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 3 ขั้นตอน จัดเตรียมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล จัดหมวดหมู่ จำแนกประเด็น สร้างหัวข้อหลักและหัวข้อย่อย สังเคราะห์และตีความ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) นำเสนอเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2568 ลำดับที่ 6826/2568 เลขที่ HE 6826

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำ ในเขตศูนย์สุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจชุมชนอำเภอภูพาน จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 40 ราย และผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจากภาคีเครือข่าย 224 คน ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด 3S (Staff, Structure, Service) ประกอบด้วย

(1) Staff (บุคลากร) ทีมรักษาพยาบาลชุมชน (พยาบาลวิชาชีพ 3 คน) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 193 คน และภาคีเครือข่ายอื่นๆ (ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) รวม 224 คน]

(2) Structure (โครงสร้าง) ศูนย์เยี่ยม-คิณอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับตำบล ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ระบบส่งต่อระหว่างรพ.สต. และรพ.กุดชุม ระบบสายด่วนให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

(3) Service (บริการ) กิจกรรมสำคัญ 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การจัดตั้งศูนย์เยี่ยม-คิณอุปกรณ์ทางการแพทย์ ณ รพ.สต. บ้านกุดชุม (2) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วยติดบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (3) การอบรมญาติและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (4) การพัฒนาระบบวางแผนจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน (5) การจัดตั้งสายด่วนให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลวิชาชีพ (6) การเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (ติดเตียงและระยะสุดท้ายเยี่ยมทุก 1-2 สัปดาห์ ติดบ้านเยี่ยมทุก 1 เดือน) (7) การจัดตั้งทีมดูแลแบบประคับประคอง (พยาบาลวิชาชีพ 3 คน) (8) การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ถึงบ้านกรณีเร่งด่วน โดย อสม. และจิตอาสา (9) การประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อช่วยเหลือด้านการเดินทาง (ใช้รถ อบต. และรถจิตอาสา) และ (10) การประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามประเมินผล โดยประเมินผลจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Morse Fall Scale) ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) อาการโดยรวม (ESAS) และความปวด (Pain Score)

หลังจากดำเนินการตามรูปแบบครบ 7 เดือน ผลการใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นจาก 8.23 เป็น 8.70 คะแนน ($p=0.013$) ความเสี่ยงต่อการหกล้ม (MFS) ลดลงจาก 33.13 เป็น 24.25 คะแนน ($p<0.001$) ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) เพิ่มขึ้นจาก 16.53 เป็น 18.68 คะแนน ($p<0.001$) อาการของผู้ป่วย (ESAS) ลดลงจาก 62.63 เป็น 45.38 คะแนน ($p<0.001$) และความปวด (Pain Score) ลดลงจาก 6.08 เป็น 4.33 คะแนน ($p<0.001$)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุเฉลี่ย 74.23 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 85.00 และมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน (ตารางที่ 1) โดยผู้ร่วมพัฒนาส่วนใหญ่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ร้อยละ 87.95 ซึ่ง อสม. เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 86.16 ขณะที่ผู้นำชุมชนมีสัดส่วนร้อยละ

6.25 ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด (ตารางที่ 2) ภายหลังจากนำรูปแบบการดูแลไปใช้ ผลลัพธ์ทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ ในทุกตัวแปร) โดยคะแนน ESAS มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.25 คะแนน รองลงมาคือคะแนน Morse Fall Scale ซึ่งมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.88 คะแนน (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ ภายหลังจากนำรูปแบบการดูแลไปใช้ ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 35.00 เหลือร้อยละ 7.50 และภายหลังจากดำเนินการไม่พบผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดแผลกดทับ (ตารางที่ 4)

อภิปรายผลการวิจัย

1. อภิปรายผลการพัฒนารูปแบบฯ

กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP Model) ผ่านกระบวนการ A-I-C ประกอบกับกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจร PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างแท้จริง ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน รวม 224 คน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน (WHO, 2022) จุดเด่นของรูปแบบนี้คือการบูรณาการทีมสหวิชาชีพโดยมีพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำในการประสานงานและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่างจากรูปแบบเดิมที่ขาดการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Konkhum (2021) ที่พบว่า การตั้งทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมทำให้การดูแลบรรลุผลได้ และสอดคล้องกับ Kanyakan et al. (2019) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำให้รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการประสบความสำเร็จ

การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวัง-คืบอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับตำบลเป็นแนวทางที่ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์และลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น (House,

1981; Berkman et al., 2000)] [ส่วนการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและการจัดตั้งสายด่วนให้คำปรึกษา ช่วยให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ขาดตอน ลดความวิตกกังวลของญาติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ Nakkul (2018) ที่พบว่า การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมและการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง

2. อภิปรายผลการใช้รูปแบบฯ

2.1 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.013$ เนื่องจากรูปแบบฯ มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (ทุก 1-2 สัปดาห์สำหรับกลุ่มติดเตียง และระยะสุดท้าย และทุก 1 เดือนสำหรับกลุ่มติดบ้าน) การสอนทักษะการดูแลแก่ญาติ และการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Thura Phaeng et al. (2018) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ค่าเฉลี่ย ADL เพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน และภาวะแทรกซ้อนลดลง

2.2 ด้านความเสี่ยงต่อการหกล้ม (MFS) คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 33.13 เป็น 24.25 คะแนน ($p < 0.001$) โดยเฉพาะกลุ่มความเสี่ยงสูงลดลงจาก 14 รายเหลือ 3 ราย เนื่องจากมีการประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การติดตั้งราวจับ การปรับพื้นบ้าน และการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดิน ส่งผลให้สภาพแวดล้อมที่บ้านมีความปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับ Chantakam (2024) ที่เน้นการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ LTC

2.3 ด้านความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.53 เป็น 18.68 คะแนน ($p < 0.001$) หมายถึงความเสี่ยงลดลง โดยไม่มีผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมากหลังการทดลอง เนื่องจากมีการอบรมญาติผู้ดูแลและอสม. เรื่องการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้อง การป้องกันแผลกดทับ และการจัดหาที่นอนกันแผลกดทับผ่านศูนย์เฝ้าระวัง-คืบอุปกรณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการป้องกันแผลกดทับดีขึ้น สอดคล้องกับ Malasee (2016) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้

2.4 ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (ESAS, Pain Score) ผู้ป่วยมีคะแนน ESAS และ Pain Score ลดลง ($p < 0.001$) เนื่องจากมีการจัดตั้งทีมดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางลงพื้นที่ให้คำปรึกษาแก่ญาติ การจัดการความปวด การดูแลด้านจิตใจและวิญญาณ และระบบให้คำปรึกษาทาง

โทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Choeypho (2023) ที่พบว่าการใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการทำ family meeting ช่วยลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล รวมถึงบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยได้

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทีมรักษาพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีประสิทธิภาพสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และบรรเทาอาการต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขควรขยายผลรูปแบบการดูแลฯ ไปใช้ในพื้นที่อื่น สนับสนุนงบประมาณ ศูนย์เยี่ยม-คิโนอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง และบรรจุตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นตัวชี้วัดหลักของ รพ.สต.
2. ด้านการปฏิบัติ ทีมรักษาพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบไปใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างสม่ำเสมอ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อทบทวนผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทุกเดือน และพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

3. ด้านชุมชน ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนทรัพยากร พัฒนาระบบอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ป่วยติดบ้านที่อยู่ตามลำพัง และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้

4. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน วิจัยเชิงคุณภาพแบบเจาะลึกเพื่อศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยและญาติ พัฒนารูปแบบที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล ศึกษาวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกุดชุม รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำอันมีค่า ขอขอบคุณองค์กรบริหารส่วนตำบลกุดชุม เทศบาลตำบลกุดชุมพัฒนา และผู้นำชุมชนทุกท่าน ที่สนับสนุนทรัพยากรและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นสืบไป

References

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2016). *Thai national health examination survey, 2014* (5th ed.). Health Systems Research Institute.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Chantakarn, J. (2024). The development of a health care process for homebound and bedridden elderly by family doctors and the participation of families and communities in Thung Lan Subdistrict, Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province. Songkhla Provincial Public Health Office. <https://www.skho.moph.go.th/oa/uploads/research-16.pdf>
- Choeypho, K. (2023). Faculty practice in community nursing practice of nursing instructors using the home visit process with interdisciplinary team: A case study of bedridden elderly care and palliative care at home. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, 31(3), 45-58. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhsmj/article/view/267040>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Jeseerichai, R. (2019). The development of a care model for elderly diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels through the participation of elderly caregivers in the community: A case study of Phichit Province [Doctoral dissertation, Mahasarakham University]. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=94&RecId=10534&obj_id=94876
- Kanyakan, K., Kosalvit, T., & Bunyanirawat, N. (2019). Integrated community-based long term care model using community participation for dependent elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Humanities & Social Sciences (JHUSOC)*, 17(1), 1-20. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhusoc/article/view/196970>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Khorsuk, S. (2025). The development of a care model for persons with mental health problems through the participation of community health networks in Dong Kharn Yai Subdistrict, Kham Khuean Kao District, Yasothon Province. Kham Khuean Kao District Public Health Office.
- Konkhum, P. (2021). The development of a care model for the elderly with dependency through community participation in Nampleek Municipality, Mueang Amnatcharoen District, Amnatcharoen Province [Master's thesis, Mahasarakham University]. <http://202.28.34.124/dspace/handle/123456789/1232>
- Kut Chum Primary Care Unit. (2024). Home-based continuing care record form. Kut Chum Hospital.
- Malasee, S. (2016). The effects of developing a continuing care system for type 3 and type 4 bedridden patients in Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province. *Academic Journal of Maha Sarakham Provincial Public Health Office*, 1(1), 91-98.
- 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), 36-50.
- Ngaechai, S. (2023). The effectiveness of capacity building of family and community health leaders in caring for bedridden patients, Seka Hospital, Bueng Kan Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Udon Thani Rajabhat University*, 12(2), 83-96.
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024). Health Data Center (HDC) database. Ministry of Public Health. <https://hdcservice.moph.go.th>
- Pansila, W. (2008). *Technology of participation for development*. Klang Nana Witthaya Printing.
- Phosri, S., & Makrat, M. (2021). The development of a health care model for the elderly in the community through the participation of network partners, Nong Phai Subdistrict, Mueang District, Udon Thani Province. *Rajawadee Journal of Boromarajonani College of Nursing Surin*, 11(2), 109-120.
- Thumthaew, N. (2021). The development of a care system for type 2 diabetes patients in the responsible area of Khonpaen Subdistrict Health Promoting Hospital, Khoratlan Subdistrict, Buntarik District, Ubon Ratchathani Province [Master's thesis, Mahasarakham University]. https://khoon.msu.ac.th/_dir/fulltext/2021/07/Nawaporn_Thumthaew.pdf
- Thura Phaeng, P., Maha Sena, P., Phanu Wet, R., & Intharakasem, S. (2018). The development of a care system for homebound and bedridden patients in the community of Nong Bua Subdistrict, Mueang District, Nong Bua Lamphu Province. *Journal of Health Sciences and Community Public Health*, 1(2), 15-29.
- Wansiri, T., & Pasuwan, D. (2021). Community participation in caring for homebound and bedridden elderly in Nakhon Pathom Province. *Christian University Journal of Nursing*, 8(2), 34-53.
- World Health Organization. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens. WHO Press. <https://iris.who.int/handle/10665/35220>

Table 1 General Characteristics of Patient Participants (N=40)

Characteristics	N	%
Gender		
Male	12	30.00
Female	28	70.00
Age (years)		
≤ 59 years	3	7.50
60–74 years	18	45.00
75–89 years	15	37.50
≥ 90 years	4	10.00
Mean ± S.D. = 74.23 ± 11.45, Min–Max = 22–92		
Patient Group		
Homebound (ADL 5-11 points)	34	85.00
Bedridden (ADL 0-4 points)	3	7.50
End-of-life/Palliative care	3	7.50

Table 2 General Characteristics of Co-Developers of the Care Model (N=224)

Characteristics	N	%
Healthcare Personnel	197	87.95
- Professional nurses	3	1.34
- Village health volunteers (VHVs)	193	86.16
- Other public health officers	1	0.45
Leaders and Representatives of Local Administrative Organizations	13	5.80
- Chief executives of Subdistrict Administrative Organization/Municipality	2	0.89
- Members of Subdistrict Administrative Organization/Municipality Council	10	4.46
- Public health responsible officers	1	0.45
Community Leaders (Village headmen/Subdistrict headmen)	14	6.25
Total	224	100.00

Table 3 Comparison of Mean Scores Before and After Implementation of the Care Model (N=40)

Variables	Pre-test	Post-test	Mean Difference	95% CI	t	p-value
ADL (score)	8.23 ± 3.33	8.70 ± 3.73	0.47	0.11 to 0.84	2.60	0.013*
Morse Fall Scale	33.13 ± 22.52	24.25 ± 15.42	8.88	5.55 to 12.20	5.39	< 0.001*
Braden Scale	16.53 ± 3.92	18.68 ± 4.15	2.15	1.90 to 2.40	17.67	< 0.001*
ESAS	62.63 ± 21.33	45.38 ± 22.37	17.25	16.05 to 18.45	29.12	< 0.001*
Pain Score	6.08 ± 2.26	4.33 ± 1.99	1.75	1.58 to 1.92	20.38	< 0.001*

*Statistically significant at the .05 level

Table 4 Comparison of Risk Levels Before and After Implementation of the Care Model (N=40)

Risk Level	Pre-test		Post-test	
	N	%	N	%
Fall Risk (Morse Fall Scale)				
High risk (≥ 45 points)	14	35.00	3	7.50
Moderate risk (25-44 points)	12	30.00	21	52.50
Low risk (0-24 points)	14	35.00	16	40.00
Pressure Ulcer Risk (Braden Scale)				
No risk (19-23 points)	19	47.50	24	60.00
Mild risk (15-18 points)	7	17.50	5	12.50
Moderate risk (13-14 points)	4	10.00	8	20.00
High risk (10-12 points)	9	22.50	3	7.50
Very high risk (6-9 points)	1	2.50	0	0.00