

## การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง

กาญจนา ปัญญาธร อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี  
 ณัฐวรรณ ไชยมีเขียว อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี  
 รวีวรรณ เผ่ากัณหา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี  
 จุฑารัตน์ เสาวพันธ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงและผลลัพธ์ของการพัฒนา ดำเนินการในพื้นที่ 3 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 ถึงพฤษภาคม 2565 ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว 30 คน และแกนนำสุขภาพชุมชน 27 คน รวม 57 คน และผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง 30 คน รวมทั้งสิ้น 87 คน กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ คือ การวางแผน กระบวนการพัฒนา การสังเกตผลและการสะท้อนกลับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม ประชุมเชิงปฏิบัติการและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา paired T- test และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย สถานการณ์ผู้ป่วยติดเตียงมีข้อติดร้อยละ 23.33 แผลกดทับร้อยละ 13.33 การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลขาดความรู้ ขาดทักษะการดูแลและขาดอุปกรณ์จำเป็น ขาดคนช่วยเหลือและการจัดสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม การดูแลของชุมชนโดยบริบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนกิจกรรมมีความทับซ้อนกัน ครอบครัวหวังพึ่งชุมชนไม่พึ่งตนเอง ได้แนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการ ฝึกปฏิบัติและการเยี่ยมบ้านและการพัฒนาแกนนำสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย การฝึกวิเคราะห์ปัญหา เขียนโครงการ สร้างข้อตกลงของชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์ของการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น (ก่อนพัฒนา  $\bar{X}$  = 20.00±0.71 หลังพัฒนา  $\bar{X}$  = 26.53±1.41) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น (ก่อนพัฒนา  $\bar{X}$  = 25.67±0.41 และหลังพัฒนา  $\bar{X}$  = 32.80 ±0.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น แกนนำสุขภาพชุมชนมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นด้านการวิเคราะห์ปัญหา การเขียนโครงการ เกิดข้อตกลงของชุมชนและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากผลการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพแกนนำอย่างต่อเนื่องทุกปี จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ทีมสหวิชาชีพและเสริมสร้างความมีจิตอาสาของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง

**คำสำคัญ:** แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังติดเตียง

## The Development of Family and Community Health Leaders for the Elderly with Chronic Illness and Bedridden Care

Kanchana Panyathorn, Lecturer, Ratchathani University, Udonthani campus.

Nattawan Chaimeekheaw, Lecturer, Ratchathani University, Udonthani campus.

Raweevan Paokanha, Lecturer, Ratchathani University, Udonthani campus.

Jutharat Saowapan, Lecturer, Ratchathani University, Udonthani campus.

### Abstract

This action research was aimed to study the situation, develop family and community care for the elderly with chronic illness and bedridden and its results in 3 sub- districts of the Maueng district, Udonthani province. The study was conducted from June 2021 through May 2022. The sample included 57 key informants (30 family leaders and 27 community leaders) and 30 secondary informants who were elderly with chronic illness and were bedridden for a total of 87 selected by purposive sampling. The process consisted of 4 stages; planning, development process, observation and reflection. Data was collected using questionnaire, in-depth interviews, group discussions, operation meetings, and observation. Descriptive statistics, paired T -test and content analysis were used in this study.

The results situation showed 23.33% of the elderly had joints stiffness and 13.33% had pressure sores. Family caregivers had inadequate of knowledge, essential skills and equipment, had less support from family, and were in an improper environment. Community care provided by local caregivers, healthcare providers, village health volunteers and community leaders the activities were complicated. The families had less self-reliance and tended to depend on the community's caregivers. The process development of family health leader included assessment, perform operational meeting, practice and home visit. For community health leader development included the problems analysis, project writing, developed a community commitment and home visit. After they attended the process, there was an increase in the mean scores relating to knowledge of the family health leaders (pre-test  $\bar{X}$ = 20.00±0.71, post test  $\bar{X}$ = 26.53±1.41) and increase skill of elderly care (pre-test  $\bar{X}$ = 25.67±0.41, post test  $\bar{X}$ = 32.80±0.24) which showed to be statistically significant ( $p < 0.01$ ). The elderly had received better care, furthermore, a community commitment and supporting network which supported the elderly with chronic illness and bedridden care was considered.

From the results it is suggested that the related agencies should continue program development, knowledge sharing among the families, community health leaders, multidisciplinary team and promoting community volunteers for elderly care.

**Keywords:** Family and community health leaders, elderly care, chronic illness and bedridden

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประชากรโลก ทั้งในมิติของจำนวนผู้เสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบประชากรเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลประเทศไทย ปี พ.ศ.2564 พบอัตราการตายของประชากรไทยด้วยโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง<sup>1</sup> ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น สาเหตุหลักมาจากความเสื่อมของร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นจะเพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหามากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและระยะเวลาของการเจ็บป่วย<sup>2</sup> โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของความพิการอนตติเตียงของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล หากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและเป็นภาระต่อสังคม แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care; LTC) ในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการบูรณาการให้ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>3</sup> และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) ได้กำหนดกลยุทธ์การเสริมสร้างพลังทางสังคม สร้างสังคมเข้มแข็งที่แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้งกัน มีคุณธรรมและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุ<sup>4</sup>

สถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงของประเทศไทย จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (activity of daily living; ADL) ปี พ.ศ.2562–2564 พบผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในอัตรา 551.79, 569.65 และ 586.98 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>5</sup> การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงระยะยาวส่งผลต่อผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่

สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวัยติดเตียงพบว่า ประกอบด้วย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระบบสุขภาพ และการเอื้ออาทรจากชุมชน ในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ครอบครัวเข้มแข็งและให้การดูแลที่มีคุณภาพ<sup>6</sup> ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19(COVID-19) ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิตจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอภูมิคุ้มกันลดลง โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.6-13.2 อายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8-19.0<sup>7</sup> การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงจำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสมด้วยความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชนและระบบสุขภาพ ซึ่งแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัย จะเป็นแบบอย่างให้แก่สมาชิกครอบครัวสามารถถ่ายทอดความรู้ขับเคลื่อนครอบครัวของตนเองและชุมชนในการดูแลสุขภาพ

อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีตำบลในความรับผิดชอบจำนวน 27 ตำบล การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบ 3 ตำบลที่มีผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงมากที่สุด คือ ตำบลเชียงพิณ หมู่น และเชียงยืน จำนวน 15, 15 และ 10 คนตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากครอบครัว และด้านชุมชนแม้ว่าจะมีกลุ่มคนหลายกลุ่มร่วมกันดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงแต่ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง มีในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ มีการดูแลหรือโปรแกรมช่วยเหลือในรูปแบบต่างกันซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่ยังขาดการนำแกนนำชุมชนลงสู่การปฏิบัติร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงอย่างจริงจังและขาดการติดตามประเมินผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง

เพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ชะลอการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงร่วมกับครอบครัว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงของครอบครัวและชุมชน
2. พัฒนากลุ่มแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง
3. ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ของ Edward Wagner (1997)<sup>8</sup> ซึ่งได้ปรับการดูแลจากระดับบุคคลเป็นการดูแลแบบบูรณาการสนับสนุนการดูแลของครอบครัวและประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพและชุมชน ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988)<sup>9</sup> การวิจัยมี 4 ระยะ คือ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตผลและการสะท้อนกลับ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในพื้นที่ 3 ตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2565 รวม 12 เดือน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน ดำเนินการช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564 รวม 2 เดือน ศึกษาสถานการณ์จากเอกสารรายงาน การสำรวจผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน แต่งตั้งแกนนำสุขภาพชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ ดำเนินการช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รวม 4 เดือน โดยค้นหาแกนนำสุขภาพครอบครัวฯ ละ 1 คน อบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและฝึกปฏิบัติ กระบวนการฝึกอบรมประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มและรายบุคคล

ฝึกปฏิบัติขณะไปเยี่ยมบ้านโดยสอดแทรกในสถานการณ์จริง รายละเอียดเนื้อหาและระยะเวลาแต่ละครั้ง ขึ้นกับการวางแผนร่วมกันของผู้เรียนและผู้สอนปรับตามความเหมาะสม มีหัวข้อดังนี้ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การควบคุมโรค การประเมินอาการและติดตามการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการดูแลด้านสังคมจิตใจ ด้านแกนนำสุขภาพชุมชน ประชุมกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา เขียนโครงการ สร้างข้อตกลงของชุมชนและออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงร่วมกับทีมวิจัย

ระยะที่ 3 การสังเกตผล ดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 รวม 3 เดือน สังเกตการมีส่วนร่วมโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรม วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทักษะของแกนนำสุขภาพครอบครัว ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง การจัดการสิ่งแวดล้อม ทักษะการวิเคราะห์ปัญหา เขียนโครงการของแกนนำสุขภาพชุมชน การปฏิบัติตามบทบาทและข้อตกลงของชุมชนเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ ดำเนินการช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2565 รวม 3 เดือน โดยนำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขให้แก่แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยปรับปรุงแผนและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง 3 ตำบล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง การหาขนาดของผู้ให้ข้อมูลหลักใช้ความอึมตัวของข้อมูลที่ได้เป็นตัวกำหนด โดยเมื่อใดข้อมูลที่ได้ซ้ำกันจนเกิดเป็นแบบแผนที่แน่นอนแม้จะสอบถามคนอื่นๆ อีกข้อมูลที่ได้ก็จะมีลักษณะเดียวกัน รายละเอียดดังนี้

#### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1.1 แกนนำสุขภาพครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง จำนวน 30 คน มีคุณลักษณะดังนี้ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง เป็นบุตรสามี ภรรยา หลานหรือญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ไม่ใช่ผู้ที่อาสารับจ้างดูแล

1.2 แกนนำสุขภาพชุมชนจำนวน 27 คน เป็นผู้ที่มิบทบาทหน้าที่และมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ป่วยเรื้อรังติดเตียงของชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 3 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15 คนและบริหาร ผู้สูงอายุ 6 คน มีบทบาทสนับสนุนครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยติดเตียง

2. ผู้ให้ข้อมูลรอง เป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง จำนวน 30 คน มีคุณลักษณะดังนี้ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง โรคเรื้อรังสาเหตุของการป่วยติดเตียง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคไตและอาการที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน 0-4 คะแนน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้น ประกอบด้วย เครื่องมือ 6 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของแกนนำสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน 6 ข้อ และข้อมูลของผู้ป่วยติดเตียง 7 ข้อ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างแกนนำสุขภาพครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง ปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดูแล 8 ข้อ

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน เกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์การป่วยเรื้อรังติดเตียงของผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงของชุมชน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 5 ข้อ

4) แบบประเมินความรู้ของแกนนำสุขภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 30 ข้อ 30 คะแนน เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การควบคุมโรค การประเมินอาการและติดตามการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการดูแลด้านจิตใจ ลักษณะคำถามแบบถูกผิด เป็นคำถามเชิงบวก 22 ข้อและเชิงลบ 8 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผล คะแนน 1-10 ความรู้ระดับน้อย คะแนน 11-20 ระดับปานกลางและคะแนน 21-30 ระดับมาก

5) แบบประเมินการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงของแกนนำสุขภาพครอบครัว 12 ข้อ 36 คะแนน ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การประเมินอาการและติดตามการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการสิ่งแวดล้อมและการดูแล

ด้านจิตใจ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จาก 1-3 คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อย ปฏิบัติได้ถูกต้องปานกลาง และปฏิบัติได้ถูกต้องมาก การแปลผล คะแนน 1-12 ปฏิบัติการดูแลถูกต้องระดับน้อย คะแนน 13-24 ระดับปานกลางและ 25-36 ระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และอาจารย์ด้านการวิจัยผู้สูงอายุได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวคำถามและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติเท่ากับ 0.81 และแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย เก็บข้อมูลจากเอกสารรายงาน 2) เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง ครอบครัวละ 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแล ปัญหาความต้องการในการดูแล ประเมินความรู้และสังเกตการปฏิบัติก่อนการพัฒนา ครั้งที่ 2 ประเมินความรู้ การปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ภาวะแทรกซ้อนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยภายหลังการพัฒนา การสร้างความมั่นใจในการดูแลโดยนักวิจัย และการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุและร่วมประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) แกนนำสุขภาพชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและการสนทนากลุ่มแกนนำการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง ตำบลเชียงพิณ หมู่มนและเชียงยืน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตำบลละ 1 กลุ่ม 3 ตำบล รวม 3 กลุ่มๆละ 9 คนใช้เวลากลุ่มละประมาณ 90 นาที โดยเปิดโอกาสให้แกนนำสุขภาพชุมชนได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในขณะเดียวกันผู้วิจัยทำการจดบันทึกการสนทนาที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลผู้วิจัยผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและเป็นอาจารย์นิเทศนักศึกษาวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จนเกิดความไว้วางใจต่อกัน ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลร่วมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลว่าเข้าใจตรงกันโดยใช้คำถามย้อนกลับและสรุปสิ่งที่ต้องการศึกษาเป็นระยะๆตลอดการสนทนาร่วมกับการตรวจสอบสามเส้า โดยนำข้อมูลจากเอกสารและข้อค้นพบที่ได้จากนักวิจัยหลายคนและการเก็บข้อมูลหลายวิธีเปรียบเทียบกับยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired T - test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยได้มีกรพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี เอกสารเลขที่ IRB RTU UD 07/2564 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายผู้ให้ข้อมูลรับทราบวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูลรวมทั้งแจ้งว่าจะรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้และนำเสนอในภาพรวม

### ผลการวิจัย

#### 1.สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงของครอบครัวและชุมชน

1.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงและข้อมูลผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยติดเตียง 30 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 74.97 ปี ระยะเวลาอนตติเตียงเฉลี่ย 6.92 ปี สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ร้อยละ 36.67 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 36.67 และเบาหวานร้อยละ 26.67 มีข้อติดร้อยละ 23.33 ผลกกดทับ

ร้อยละ 13.33 หงุดหงิดโมโหง่ายร้อยละ 23.33 และน้อยใจ ถูกหลานไม่ดูแลร้อยละ 23.33 ผู้ดูแลหลัก 30 ราย ร้อยละ 96.67 เป็นเพศหญิง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตรสาวร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ หลานสาวร้อยละ 20.00 ภรรยาร้อยละ 13.33 และบุตรเขยร้อยละ 6.67 ระยะเวลาในการดูแล 3-12 ปี เฉลี่ย 6.73 ปี ส่วนมากทำงานในบ้านดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 93.33

1.2 การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงและปัญหาความต้องการในการดูแล การดูแลโดยครอบครัว ผู้ดูแลหลักร้อยละ 83.33 ดูแลผู้ป่วยติดเตียงคนเดียวไม่มีคนช่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและการทำกายภาพบำบัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยสกปรกกรงรังมีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 26.67 เทปัสสาวะบริเวณบ้าน มีเศษอาหารเศษขยะทำให้มีแมลงและหนู การจัดการขยะติดเชื้อไม่เหมาะสมร้อยละ 33.33 โดยทิ้งรวมกับขยะอื่นๆ และขาดอุปกรณ์จำเป็น ได้แก่ แก้วอึขั้วถ่าย ที่นอนลม เตียงนอน ผู้ป่วยนอนบนพื้นหรือแคร่ ขาดถังออกซิเจน ไม้เท้า รถเข็น อุปกรณ์เคลื่อนย้ายและฝึกเดิน ซึ่งผู้ดูแลต้องการให้จัดกิจกรรมด้านความรู้และทักษะจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การส่งเสริมให้สมาชิกมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นตามความเหมาะสม

การดูแลโดยชุมชน มีการดูแลโดยแกนนำสุขภาพชุมชน 3 ตำบล รวม 27 คนประกอบด้วยบุคคล 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ตำบลละ 1 คน ทำหน้าที่ care manager ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ อสม.และบริหารประสานทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านรายที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น มีการติดเชื้อ 2) บริบาล อัตรากำลังตำบลละ 2 คน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเจ็บป่วย ทำกายภาพบำบัดและรายงาน care manager 3) อสม.ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแล (care giver; CG) ตำบลละ 5 คน ออกเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละครั้ง ให้บริการทำแผล ให้อาหารทางสายยาง เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ กายภาพบำบัด ประเมินปัญหาและรายงานผลไปยัง care manager และ 4) ผู้นำชุมชนตำบลละ 1 คน สรรวจรายชื่อครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนสิ่งจำเป็น จัดทำแผนงานโครงการขอสนับสนุนงบประมาณ และชุมชนมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาที่พบ การทำงานทับซ้อนกันบทบาท

ไม่ชัดเจน ขาดการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ขาดการเรียนรู้ร่วมกัน ขาดสิ่งจำเป็นในการดูแล การทำแผนขาด การนำข้อมูลที่เป็นปัจจุบันไปวิเคราะห์ ทำให้แผนไม่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของชุมชน ชุมชนต้องการให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพช่วยจัดการกับปัญหารอบด้านกลุ่มคนที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยมีการประสานงาน สนับสนุนสิ่งจำเป็นในการทำงานและได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม

**2. การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน**

แนวทางการพัฒนาผู้ดูแลหลักแกนนำสุขภาพครอบครัว คือผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติฝึกปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน

การพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม วางแผนพัฒนา ฝึกวิเคราะห์ปัญหาเขียนโครงการและกำหนดบทบาทของแกนนำสุขภาพชุมชน ดังนี้ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนงานโครงการหาสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานสำหรับสมาชิก ประสานงานระหว่างครอบครัว ชุมชนและหน่วยงาน ให้คำปรึกษาแก่ อสม. ผู้ดูแลพิทักษ์สิทธิ์สมาชิกในทีมได้รับสิทธิตามที่ควรติดตามงานที่รับผิดชอบ เป็นแบบอย่างในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเชื้อ จากกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมทำให้ชุมชนตระหนักและให้การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โดยกำหนดข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักสมาชิกครอบครัวและประชาชนในชุมชนที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรังติดเชื้อร่วมกัน ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยติดเชื้อทุกวัน ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ผู้ป่วยนอนและ

บริเวณบ้านทุกวันมีความสัมพันธ์ที่ดีช่วยเหลือบริบาลในการดูแลผู้ป่วยและทำกายภาพบำบัด

สมาชิกครอบครัว ร่วมกันดูแลผู้ป่วยติดเชื้อตามกำลังความสามารถ จัดหาวัสดุอุปกรณ์สิ่งจำเป็นในการดูแลอำนวยความสะดวกช่วยเหลือบริบาลในการดูแลผู้ป่วย

ประชาชนในชุมชน มีน้ำใจช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อเวลาสมาชิกครอบครัวไม่อยู่เยี่ยมเยียนถามข่าวคราวให้กำลังใจผู้ป่วยติดเชื้อและครอบครัว ร่วมกันแบ่งปันสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิตตามกำลังความสามารถ

**3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและแกนนำสุขภาพชุมชน**

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนาพบว่าแกนนำสุขภาพครอบครัวให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการพัฒนา โดยร่วมคิด ร่วมทำและร่วมประเมินผลการปฏิบัติ ส่วนแกนนำสุขภาพชุมชนแต่ละตำบลมีการประชุมทุกเดือนทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการโดยการประชุมออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หลังการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มจาก 20.00±0.71 เป็น 26.53±0.41คะแนน และคะแนนทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเชื้อหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจาก 25.67±0.41 เป็น 32.80±0.24 คะแนนระดับมากทั้งสองรายการ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา (N=30 )**

ผลลัพธ์	คะแนนเต็ม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		p- value
		X ± S.D	ระดับ	X ± S.D	ระดับ	
ความรู้	30	20.00±0.71	ปานกลาง	26.53± 0.41	มาก	< 0.01
การปฏิบัติ	36	25.67±0.41	มาก	32.80 ± 0.24	มาก	< 0.01

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่มเป้าหมาย  
ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง  
ติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะการดูแล

เพิ่มขึ้นและชุมชนรับรู้ปัญหามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ  
ป่วยเรื้อรังติดเตียง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่มเป้าหมายระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มเป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	ข้อมูลยืนยัน
1. ผู้สูงอายุ ป่วยเรื้อรังติด เตียง	<p>- ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม มีปัญหา สุขภาพกาย เกิดแผลกดทับ ข้อติด การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ทางเดินหายใจ มีปัญหาสุขภาพจิต ซึมเศร้า หมดหวัง อยากตาย</p> <p>- ความสามารถช่วยเหลือตัวเอง น้อยจนถึงไม่ได้เลย</p>	<p>- ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากสมาชิก ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพมา เยี่ยมเยียนให้การดูแลสม่ำเสมอ</p> <p>- ได้รับกำลังใจ มีความสุขและ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต</p> <p>- ในช่วงของการพัฒนา มีผู้ป่วย เสียชีวิต 3 คน แต่ทุกคนได้รับ การดูแลที่ดี ตายอย่างสมศักดิ์ศรี</p> <p>- ความสามารถในการช่วยเหลือ ตัวเองเพิ่มขึ้น</p>	<p>- สุขภาพกาย แผลกดทับที่มีอยู่เดิม ดีขึ้นและไม่เกิดแผลใหม่ การติดเชื้ ระบบทางเดินหายใจและระบบ ทางเดินปัสสาวะที่มีได้รับการแก้ไข</p> <p>- สุขภาพจิต มีความสุข หน้าตายิ้ม แย้ม มีกำลังใจในการมีชีวิตมี ความรู้สึกดีต่อทีมงานที่ช่วยเหลือ เฝ้ารอการมาเยี่ยม</p> <p>- ความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองเพิ่มขึ้น พัฒนาจากนอนติด เตียงเป็นนั่ง ลูกเดินเกาะราวและ ออกมานั่งนอกบ้านได้</p>
2. ผู้ดูแลหลัก	<p>- ขาดความรู้ทักษะจำเป็นในการ ดูแลผู้ป่วย ขาดความตระหนัก ของการ ดูแลที่มีคุณภาพ ให้ ความสำคัญกับการทำงานเลี้ยง ชีพ การจัดการชีวิตตนเองและ การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่ ดูแลตนเองเท่าที่ควร</p>	<p>- มีความรู้ ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น</p> <p>- มีความสุขและมีเวลาในการดูแล ตนเองมากขึ้น ความเครียดลดลง</p>	<p>- คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนา</p> <p>- มีเวลาทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ สามารถออกนอกบ้าน วางงานการ ดูแลผู้ป่วยให้คนอื่นมาดูแลแทนและ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขมากขึ้น</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่มเป้าหมายระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	ข้อมูลยืนยัน
<b>3. สมาชิกครอบครัว</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน มีส่วนร่วมดูแลน้อยเกี่ยวกัน ขาดการช่วยเหลือกัน</li> <li>- ครอบครัวที่มีสมาชิกน้อย ผู้สูงอายุดูแลกันเอง มีสุขภาพไม่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล สมาชิกที่อยู่ต่างถิ่นไม่ช่วยเหลือ สัมพันธภาพห่างเหิน</li> <li>- มีทัศนคติไม่ถูกต้องอยากให้ผู้ป่วยตายเร็ว จะได้เงินประกัน รำคาญคนไปเยี่ยม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</li> <li>- มีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ดูแลผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนโดยไม่รอบริบาล</li> <li>- ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น</li> <li>- ครอบครัวเฝ้ารอการมาเยี่ยมของแกนนำสุขภาพชุมชน</li> <li>- มีความสุขและมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น ความเครียดลดลง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมดูแล ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยรอบริบาลและต้อนรับด้วยท่าที่เป็นมิตร</li> <li>- การจัดสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนสะอาดถูกสุขลักษณะมากขึ้น มีการเตรียมพร้อมตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมก่อนบริบาลมาถึง</li> <li>- สมาชิกครอบครัวแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย</li> <li>- สมาชิกครอบครัว มีความรักใคร่สามัคคี ช่วยเหลือกัน</li> <li>- มีเวลาทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ สามารถออกนอกบ้าน วางงานการดูแลผู้ป่วยให้คนอื่นมาดูแลแทนและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขมากขึ้น</li> </ul>
<b>4. ชุมชน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีบริบาล บุคลากรสาธารณสุขอาสาที่เป็น care giver เข้าไปดูแลต่างคนต่างทำ บทบาทไม่ชัดเจนและทำงานทับซ้อนกัน</li> <li>- สมาชิกในชุมชน มุ่งทำมาหากินไม่ให้ความสนใจช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว ต่างคนต่างอยู่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุมชนรับรู้ปัญหาและรวมกลุ่มช่วยเหลือตามกำลัง ความสามารถ</li> <li>- มีการพัฒนาแกนนำในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</li> <li>- เกิดข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียง</li> <li>- เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุมชนมีการรวมตัวกันเป็นจิตอาสาติดตามเยี่ยมครอบครัวสม่ำเสมอ แกนนำมีความรักสามัคคีช่วยเหลือกัน</li> <li>- มีการประสานงานระหว่างทีมแกนนำและครอบครัว มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลของแต่ละทีม</li> <li>- ครอบครัวไว้วางใจเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาขอคำแนะนำจากแกนนำ</li> <li>- ชุมชนปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมกัน ถามไถ่ข่าวคราวและสนับสนุนตามความสามารถที่มี</li> <li>- เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย 3 ตำบล มีการเยี่ยมและใช้ทรัพยากรร่วมกัน</li> </ul>

## อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง มีอายุเฉลี่ย 74.97 ปี ระยะเวลาอนติดเตียงเฉลี่ย 6.92 ปี มีแผลกดทับและข้อติด สาเหตุหลักจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยและเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลโดยครอบครัว ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแลและขาดคนช่วยเหลือ อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายและเกิดโรคเรื้อรัง การนอนติดเตียงนาน บ่งบอกความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล ขาดคนช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแล ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลไม่เหมาะสมเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงตลอดเวลาหรือนอนทำเดียนานๆ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ<sup>10-11</sup> การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 6.73 ปี บ่งชี้ประสบการณ์และทักษะของผู้ดูแลจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเองและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ขณะเดียวกันการดูแลเป็นเวลานานโดยขาดคนช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า เพราะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา เป็นงานที่ใช้เวลามากก่อให้เกิดความเครียด อีกทั้งผู้ดูแลอาจมีปัญหาของตนเองทั้งปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่ การเงินและชีวิตส่วนตัว เมื่อเวลาผ่านไปหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นก็จะเกิดความเหนื่อยล้าได้<sup>12-14</sup> ส่วนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยชุมชน จากบุคคลหลายกลุ่ม มีข้อดีทำให้ผู้ป่วยติดเตียงที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลจากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ แต่ขณะเดียวกันอาจเกิดปัญหาการปฏิบัติทับซ้อนกัน หากขาดการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการจัดการบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ควรมีการกำหนดทิศทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ในการทำงานและวางแผนการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน<sup>15-18</sup>

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว การประเมินปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแล การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลด้านความรู้และทักษะ โดยการอบรมและฝึกปฏิบัติขณะไปเยี่ยมบ้าน กระบวนการพัฒนาดังกล่าวทำให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแล สามารถช่วยเหลือสนับสนุนได้สอดคล้องกับสภาพปัญหา การเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ดูแลได้รับการชี้แนะการปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางการดูแลและวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม ได้แก่ การสาธิต การบรรยาย การใช้สถานการณ์จำลองและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง<sup>14-16</sup> การพัฒนาแกนนำสุขภาพชุมชน ให้มีศักยภาพช่วยเหลือครอบครัวดูแลผู้ป่วยติดเตียงและการกำหนดข้อตกลงของชุมชนที่สมาชิกครอบครัวและประชาชนในชุมชนจะนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการแก้ปัญหา เป็นการสร้างจิตสำนึกของชุมชนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนและการพัฒนาด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและเครือข่ายช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนทำให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีขึ้น<sup>17</sup>

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนพัฒนา อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เนื้อหาในบทเรียนสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นอยู่จริง ทำให้ผู้เรียนสนใจเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น ส่วนการฝึกปฏิบัติทั้งกลุ่มแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เป็นวิธีการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายลงมือทำและคิดในสิ่งได้ทำไป เป็นการสร้างประสบการณ์ตรงให้เกิดแก่ผู้เรียน สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธิตดการปฏิบัติให้ดีขึ้นกว่าเดิม และบทเรียนที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแกนนำสุขภาพครอบครัว แกนนำสุขภาพชุมชนและนักวิจัย ทำให้แกนนำสุขภาพครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

เพิ่มขึ้นและแกนนำสุขภาพชุมชนมีทักษะด้านการวิเคราะห์ปัญหา การเขียนโครงการ ซึ่งแกนนำสุขภาพชุมชนเป็นทุนทางสังคมที่มีในชุมชน การร่วมมือกันเนื่องจากเห็นประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความตระหนัก เรียนรู้การทำงานจัดการกับปัญหาและสร้างพลังชุมชนในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของจรรยา เจนสวัสดิ์พงศ์<sup>17</sup> เพ็ญญา มะหะหมัด<sup>18</sup> และ ประหยัด ธุระแพงและคณะ<sup>19</sup>

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เป็นปัญหาของชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพแกนนำอย่างต่อเนื่องทุกปี จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และเสริมสร้างความมีจิตอาสาของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำวิจัยติดตามประเมินผลการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และความคงอยู่ของความร่วมมือของชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php>

2. ศกุนตลา อนุเรือง. ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ประเด็นท้าทายและการจัดการดูแล. ว.พยาบาลศาสตร์ 2560;29(2):1-14.

3. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. รายงานประจำปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/web-upload/>

4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>

5. ฌปภา ประยูรวงษ์. สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. ว.ศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2565;2(2):14-25.

6. สุวรรณ วุฒิรณฤทธิ, วลัยนารี พรหมลา. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. ว.พยาบาลทหารบก 2564;22(3):367-375.

7. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะพยาบาลศาสตร์. ความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-13/>

8. ธวัชชัย สัตยสมบุญ, ยวนุช สัตยสมบุญ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. ว.เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(2):232-243.

9. Nata Tubtimcharoon. Participatory action research: A Possible research method for developing sustainable tourism in Thailand. ว.ปัญญาวิวัฒน์ 2564;13(2):293-309.

10. พิศมัย บุติมาลัย, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2561;38(3):79-91.

11. จิตรกร วนระรักษ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. ว.วิชาการสาธารณสุข 2564;30(2):285-294.

12. พิศมัย สุระกาญจน์, ดารุณี จงอุดมการณ์. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. ว.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2562;26(2):83-92.

13. ณัฐกร นิลเนตร, เพ็ญวิภา นิลเนตร. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. ว.พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม 2562;20(39):36-44.

14. นิชาธิย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู, อินธิรา ตระกูลฤกษ์. ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคั่งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. ว.วิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ 2562;(1):1-19.

15. สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลปะ, วรณศิริ ประจันโน. รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. ว.วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2562;30(1):54-68.

16. นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, ชญาภา บุญลือ. ถอดบทเรียนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย. ว.วิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2563;22(1):95-109.

17. จรรยา เจนสวัสดิ์พงศ์. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตเทศบาลเมืองบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. ว.วิจัย

เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564;1(3):49-58.

18. เพ็ญภา มะหะหมัด. รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. ว.มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2561;10(2):51-63.

19. ประหยัด ธุระแพง, ปุริมพรหม มหาเสนา, เรืองศิริ ภาณุเวช, ศิริรัตน์ อินทรเกษ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. ว.วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2561;1(2):15-28.