

# รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่

## Bedridden Patients Care through Family Caregiving and Community-Based Model in New Normal

อรุณรัตน์ อุทัยแสง<sup>1</sup> วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก\*<sup>2</sup> ณัฏฐิยา พรหมสาขา ณ สกลนคร<sup>1</sup>

กุลพิธาน จุลเสวก<sup>1</sup> เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร<sup>1</sup>

Arunrat Utaisang<sup>1</sup> Wuttipong Cheumnok\*<sup>2</sup> Nuttiya Pomsakha Na Sakongnakhon<sup>1</sup>

Khunphitha Junsevg<sup>1</sup> Phensiri Dumrongpakapakorn<sup>1</sup> Chatkane Pearkao<sup>3</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

<sup>1</sup>College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand 48000

<sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10210

<sup>2</sup>Princess Agrarajakumari College of Nursing Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand 10210

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์และนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ เครื่องมือวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับผู้ป่วยติดเตียง 20 คน ผู้ดูแล 20 คน และชุมชน 16 คน รวม 56 คน ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของแวน แมนแนน

ผลการศึกษา พบประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของครอบครัวและชุมชน จำแนกได้ตามโลก 4 ใบ คือ โลกใบที่ 1 โลกของตัวเอง คือ เหนื่อยล้า ชีวิตต้องสู้ และบทบาทหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โลกใบที่ 2 โลกของเวลา คือ ช่วงโอกาสการแทนคุณ ใช้นี้กรรมเก่า และอยู่ด้วยความหวังรอปาฏิหาริย์ โลกใบที่ 3 โลกของสถานที่ คือ สังคมยุคใหม่ และความโดดเดี่ยวในโลกกว้าง และโลกใบที่ 4 โลกของความสัมพันธ์ คือ ครอบครัวไม่ทิ้งกันสายเลือดตัดกันไม่ขาด มิตรแท้ยามยาก และจิตสาธารณะ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบ 3 องค์ประกอบหลัก คือ การยอมรับ การปรับตัว และการพัฒนา เรียกว่า “AAD Model”

สรุปผล : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของครอบครัวและชุมชนควรมีการนำไปใช้กับชุมชนต้นแบบและการขยายผล เพื่อให้สามารถประเมินผลได้

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ดูแล, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

\*Corresponding Author: \*E-mail : wuttipong.che@cra.ac.th

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก กองทุนวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วันที่รับ (received) 30 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ต.ค. 2566

## Abstract

This qualitative research aimed to explain the experiences and present the bedridden patient care through family caregiving and a community-based model in the new normal. The hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was employed. The research tool was an in-depth interview form used with 56 key informants: 20 bedridden patients, 20 caregivers and 16 community members. The research was conducted in Nakhon Phanom Province from October 2021 to February 2023. Data were analyzed according to the van Manen's approach.

The results revealed that the experiences in caring for bedridden patients of families and communities in the new normal can be classified based on the following 4 lifeworld existentials. 1) Corporeality consisted of fatigue, struggling life and roles that cannot be escaped. 2) Temporality comprised the golden opportunity of paying gratitude, paying off their past deeds, and living with hope and waiting for a miracle. 3) Spatiality included the world of modern society and being lonely in the wide world. 4) Relationality consisted of family not leaving any family members behind, true friends in difficult times, and public mind. The bedridden patient care through family caregiving and community-based model consisted of 3 main components: Acceptance, Adaptation, and Development, called "AAD Model".

In conclusion, the bedridden patient care through family caregiving and community-based model should be used with the community model and its efficacy and effectiveness should be evaluated.

**Keywords:** Bedridden patients, Caregivers, Bedridden patient care through family caregiving and community-based model

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกประสบปัญหาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี<sup>1</sup> เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุนำให้เกิดความเสื่อมส่งผลให้เจ็บป่วยเรื้อรังและยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ส่งผลผู้ป่วยบางรายมีภาวะพึ่งพิงอยู่ในสภาพติดเตียงจากการสำรวจพบผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดนครพนมปี พ.ศ. 2563-2564 จำนวน 2,373, 4054 คน ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์<sup>3</sup> โดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นการดูแลในระยะยาว เหตุนี้จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ<sup>1</sup> รวมถึงเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลกระทบมากมายตามมาแต่ยังพบพลังบวกจากครอบครัวผู้ดูแล<sup>4</sup> นอกจากนี้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีการจัดตั้งอาสาสมัครในการดูแล เช่น (Care giver, CG) อาสาสมัครประจำครอบครัว

(อสค.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และฉบับที่ 13 ที่ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลากหลายประการเป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดวิสัยทัศน์ว่า จะเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีพันธกิจ คือ พัฒนาและอภิบาล ระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน<sup>5</sup> ประกอบกับสถานการณ์การระบาดไวรัสโควิด 19 ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 – ปัจจุบัน ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ทั่วโลกพบการติดเชื้อ จำนวน 550,047,166 ราย สำหรับประเทศไทยพบยอดผู้ติดเชื้อ 4,534,017 ราย พบผู้เสียชีวิตร้อยละ 44.1 บางรายพบภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะหายใจล้มเหลว หรืออาจเสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคหรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ<sup>6</sup> ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง

### เรื่องการติดเชื้อโควิด 19

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณด้านปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย ผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่พบว่าผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ยังมีภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อ แผลกดทับ ข้อติด เป็นต้น และการศึกษาวิจัยทางด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเตียงในวิถีปกติใหม่ยังมีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานตามประสบการณ์จริงที่ได้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงพร้อมกับส่งเสริมสถาบันหลัก คือ สถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่เป็นอย่างไร

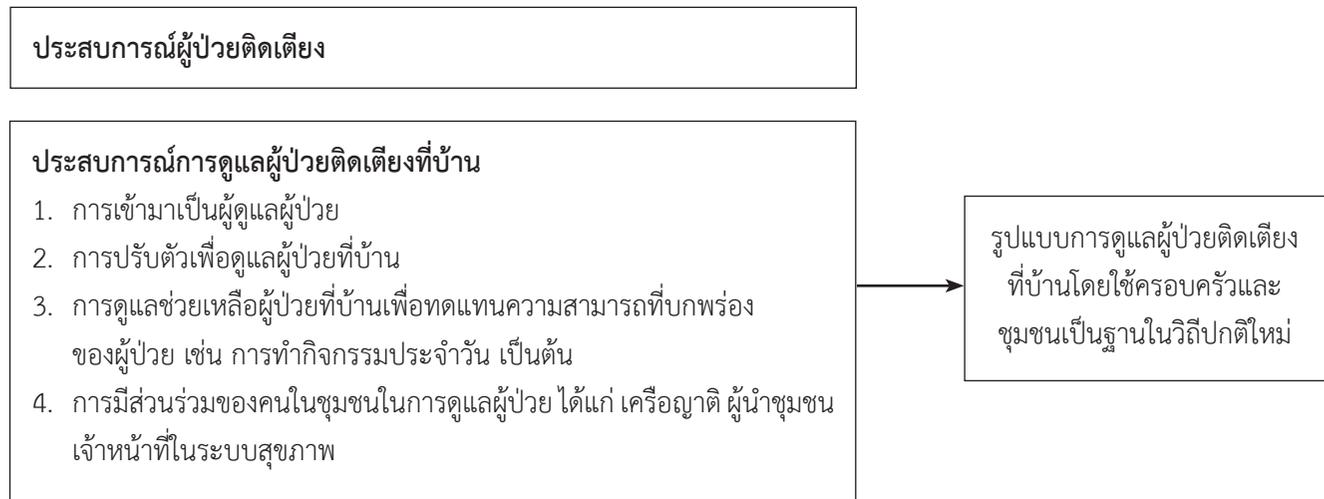
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่เป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่
2. เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้มีกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง<sup>7</sup> โดยเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะครอบครัวที่ถือเป็นสถาบันหลัก และชุมชนที่คอยสนับสนุน และทฤษฎีการปรับตัว<sup>8</sup> เป้าหมายคือการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative Research) ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ<sup>9</sup> แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การศึกษาเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่เป็นอย่างไร 2) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่ แสดงถึงผลลัพธ์ของกระบวนการดูแล การจัดการปัญหา แรงสนับสนุนจากชุมชน

**ผู้ให้ข้อมูล** ประกอบด้วย 3 กลุ่ม จำนวน 56 คน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 20 คน ผู้ดูแล จำนวน 20 คน และชุมชน จำนวน 16 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อายุ 18 ปีขึ้นไป และประเมิน ADL 0-8 คะแนน

ผู้ดูแล คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นประจำ และมีประสบการณ์ 3 เดือนขึ้นไป และอายุ 18 ปีขึ้นไป

ชุมชน คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน เลือกโดยวิธี Snowball sampling ประกอบด้วย เครือญาติ เพื่อนบ้าน พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่ไม่

พร้อมให้ข้อมูล ได้แก่ เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีภาวะและติดสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา ทั้ง 3 กลุ่ม

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

### แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

- 1) ผู้ป่วยติดเตียง เป็นข้อคำถามแบบเติมคำ และมีตัวเลือกในการตอบคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การเจ็บป่วยระยะเวลาของการเจ็บป่วย
- 2) ผู้ดูแล เป็นข้อคำถามแบบเติมคำ และมีตัวเลือกในการตอบคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รายได้แหล่งที่มาของรายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระหว่างการดูแล การช่วยเหลือจากชุมชน

- 3) ชุมชน อายุ เพศ อาชีพ กิจกรรม/การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว

### แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างแบบปลายเปิด

ผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ “ช่วยเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของท่านให้ฟังหน่อยสิคะ” “ช่วยเล่าวิธีการปรับตัวให้ฟังหน่อยคะ” “ท่านมีวิธีการจัดการความรู้สึก และอาการที่ไม่สุขสบายอย่างไร” “ท่านต้องการความช่วยเหลืออย่างอื่นเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร” และ “ท่านมีการดูแลตนเองอย่างไรในช่วงการระบาดของโควิด 19”

ผู้ดูแล ได้แก่ “ช่วยเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของคนที่ท่านดูแลให้ฟังหน่อยสิคะ” “ช่วยเล่าเหตุผลว่าทำไมท่านถึงได้มาเป็นผู้ดูแล” “ท่านรู้สึกอย่างไรในการดูแล” “ท่านมีการปรับตัวเอง

อย่างไร เมื่อรู้ว่าต้องมารับหน้าที่ในการดูแล” “ในแต่ละวันท่านต้องทำอะไรบ้าง” “ตั้งแต่ดูแลมา ท่านเจอปัญหาอะไรบ้างเมื่อเจอแล้วท่านทำอะไร” “นอกจากท่านแล้ว มีใครเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยบ้าง ช่วยเหลืออย่างไร” “ท่านต้องการความช่วยเหลืออย่างอื่นเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร” และ “ท่านมีดูแลผู้ป่วยอย่างไรในช่วงการระบาดของโควิด 19”

ชุมชน ได้แก่ “ช่วยเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของคนไข้ให้ฟังหน่อยคะ” “ท่านมีส่วนช่วยเหลือคนไข้อย่างไรบ้าง” “ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้ช่วยเหลือผู้ป่วย แล้วมีแรงบันดาลใจอย่างไรที่ได้มาทำตรงนี้” “ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าจะทำอย่างไรได้บ้างเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่าย” “มีสิ่งใดที่ท่านรู้สึกว่าถ้าทำแล้วจะเป็นการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยแล้วรู้สึกเกินกำลังบ้าง แล้วท่านคิดว่าใครจะสามารถช่วยได้ ช่วยอย่างไร” และ “ในระหว่างการระบาดของโควิด 19 ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร”

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) มีตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา การครอบคลุมเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 2 ราย แก้ไขให้เหมาะสม นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรงานวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามแนวทางของลินคอล์นและกูปา<sup>10</sup> โดยผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษาสะท้อนมาจากความเป็นจริง (credibility) การนำเสนอคำบรรยายความหมายของประสบการณ์ที่มากและลึกพอนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน (transferability) การตรวจสอบกระบวนการศึกษา โดยผู้วิจัยสามารถตัดสินใจและเห็นด้วยกับผลที่ได้ในการศึกษาโดยไม่มีข้อขัดแย้ง (dependability) ใช้การเขียนบันทึกกิจกรรมและความคิดเห็น เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบได้ (confirmability) และใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)<sup>11</sup> และตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 3

สถาบัน ได้แก่ 1) มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ 56/65 (15 มิถุนายน 2565) 2) สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 3/2565 (29 มิถุนายน 2565) และ 3) โรงพยาบาลนครพนม NP-EC1I- No.26/2565 (8 สิงหาคม 2565) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นัดหมายผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่ ที่สะดวก ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้เวลา 60-90 นาที ศึกษาช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตอาการ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแล และชุมชน จดและบันทึกเสียงสนทนา นัดสัมภาษณ์ซ้ำหากข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยคืนข้อมูลที่สรุปและวิเคราะห์จากการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแล

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของแวน แมนแนน<sup>12</sup> 6 ขั้นตอน 1) ทำความเข้าใจธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต 2) การค้นหาประสบการณ์ที่ศึกษาโดยการไตร่ตรองข้อมูลเข้าไปมาร่วมกับบททวนบันทึกภาคสนามขีดเส้นคำและข้อความสำคัญไว้ 3) การตีความโดยสะท้อนโครงสร้างความหมายสำคัญ 4) เขียนพรรณนาปรากฏการณ์และคัดเลือกประโยค กลุ่มความหมายที่น่าเสนอ 5) ตรวจสอบความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่ศึกษา 6) ตรวจสอบความสมดุลของประเด็นที่น่าเสนอ นอกจากนี้ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**ผู้ป่วยติดเตียง** ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุ 60 – 79 ปี ร้อยละ 20 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 จบประถมศึกษา มีสถานะเป็นหม้าย ก่อนป่วยประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 เท่ากัน มีรายได้ต่อเดือน 1000 - 5,000 บาท จากเบี้ยคนพิการหรือสูงอายุ ลูกหลานให้ สาเหตุการเจ็บป่วย ได้แก่ อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความสูงอายุ ระยะ

เวลาการป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 40 ขณะเจ็บป่วยมีความไม่สุขสบายจัดการโดยปรึกษาทีมสุขภาพ ร้อยละ 55 มีความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่าย และการได้รับกำลังใจ

**ผู้ดูแล** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุ 36–59 ปี ร้อยละ 35 จบประถมศึกษา สถานะภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาท เป็นครอบครัวเดี่ยว บางรายมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ระหว่างการดูแลมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 75 ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบ มีความต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่ายและกำลังใจ

**ชุมชน** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุ 26 – 35 ปี ร้อยละ 37.5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น พยาบาลวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์ เพื่อนบ้าน เป็นต้น โดยมีกิจกรรม การเยี่ยมให้กำลังใจ และการช่วยเหลือดูแลตามบทบาทหน้าที่

**ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของครอบครัวและชุมชนในวิถีปกติใหม่** ตามโลก 4 ใบ<sup>12</sup>

**โลกใบที่ 1 โลกของตัวเอง** (corporeality or lived body) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ให้ข้อมูล ด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ ที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงในขณะที่อยู่ในประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 3 กลุ่มความหมาย (theme)

1) **ความเหนื่อยล้า** เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลต้องแบกรับภาระ ทั้งผู้ป่วยและภาระงานอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังข้อความตัวอย่าง “เหนื่อยท้อกับชีวิตมาก ดูแลพอด้วยทำงานด้วยทำงานประจำต้องตื่นแต่เช้า เติรมกับข้าว ดูแลพอก่อนไปทำงาน ชีวิตทำแบบนี้มา 2 ปีตั้งแต่พอป่วย เลิกงานหรือวันหยุดก็ฉันทเป็นหลัก รู้สึกพักผ่อนไม่พอบางทีอยากลาออกมาดูพ่อแม่แล้วไม่มีเงินใช้จ่าย” (ผู้ให้ข้อมูล 13)

2) **ชีวิตต้องสู้** เป็นข้อมูลที่ถูกสะท้อนว่าเมื่อต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคือต้องเดินหน้าสู้ ต้องเก็บซ่อนความรู้สึกความโศกเศร้าเสียใจไว้ และต้องพยายามสร้างกำลังใจตัวเองเพื่อให้ตนเองมีพลังขับเคลื่อน มาดูแลผู้ป่วยดังข้อความตัวอย่าง “ยายต้องสู้ลูกเอ๊ย ลูกก็มีภาระครอบครัวเขา ต้องดูแลกันไปใครจะไปก่อนไปหลังก็ไม่รู้ ไม่อยากคิดมาก คิดไปก็ต้องทำอยู่ดีปลงแล้ว ไม่สู้ก็ตาย เลยต้องสู้อยู่คนเดียวมันนี่แหละ” (ผู้ให้ข้อมูล 11)

3) **บทบาทหน้าที่หลีกเลี่ยงไม่ได้** เป็นการสะท้อนถึง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผู้ป่วยเป็นผู้มีพระคุณ เป็นคู่ชีวิต เป็นสมาชิกในครอบครัว ดังข้อความตัวอย่าง “ในการดูแลจะแบ่งความรับผิดชอบสำรวจพื้นที่ดูจำนวนผู้ป่วยติดเตียงเขียนแผนการดูแลเพื่อเบิกเงินจากส่วนกลาง รายละ 6,000 บาทต่อปี แต่ช่วงโควิดเราก็ปรับให้เข้ากับบริบทสถานการณ์ เยี่ยมบ่อยลงเพราะเขาภูมิต่ำ แต่จะมีไลน์ไว้ปรึกษา คนในพื้นที่เขาจะรู้จักกัน ช่วยเหลือกันดี กรณีคนไข้ต้องตรวจเลือด จะมีทีมออกไปทำให้ที่บ้าน ส่งยาที่บ้านโดย อสม.และ CG ช่วยแจกจ่าย พยาบาลเยี่ยมเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง มองว่าเป็นหน้าที่เราแต่มีความสุขที่ได้ทำ” (ผู้ให้ข้อมูล 50)

**โลกใบที่ 2 โลกของเวลา (temporality or lived time)** คือการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเตียง อาจเป็นเวลาที่เป็นอดีต ปัจจุบันหรืออนาคต มี 3 กลุ่มความหมาย

1) **ช่วงโอกาสทองของการแทนคุณ** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลได้ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณ ดังข้อความตัวอย่าง “ตากับยายเลี้ยงมาแต่เด็กค่ะ ยายเสียเมื่อ 4 ปีก่อนหนูเลยต้องดูแลตา ถึงแม้รู้อยู่เต็มอกว่าตาจะเหลือเวลาอีกไม่นาน แต่ไม่เป็นไรทำวันนี้ให้ดีที่สุด ทุกวันที่เหลือถือเป็นกำไร เป็นช่วงเวลาที่จะใช้ให้คุ้มค่าที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูล 16)

2) **ใช้หนี้กรรมเก่า** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องชดใช้หนี้กรรมในอดีตที่เคยทำเอาไว้ ชาตินี้จึงต้องมาชดใช้หนี้กรรม ดังข้อความตัวอย่าง “ไม่รู้เวรกรรมอะไรหนักหนาที่ต้องมาเจออะไรแบบนี้ รู้สึกทุกข์ซ้ำกรรมชดมากเลยคะ ทั้งสามีป่วย ทั้งจน ยิ่งช่วงโควิดยิ่งแล้วใหญ่ไม่ได้ไปไหนมาไหน ฝากกันแบบนี้ แต่ก่อนยังพอได้รับจ้าง โควิดมาก็ไม่มีใครจ้าง ไม่กล้าไปด้วย เงินทองก็ไม่พอใช้ ชาตินี้จำได้ว่ามีโอกาสก็ทำบุญตลอด แต่ชาติที่แล้วอาจทำกรรมไว้เยอะมั้งคะ ให้มันหมดที่ชาตินี้จะได้หมดทุกข์หมดโศก” (ผู้ให้ข้อมูล 14)

3) **อยู่ได้ด้วยความหวังรอปาฏิหาริย์** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยไม่รู้จะสิ้นสุดการดูแลวันใด รอปาฏิหาริย์ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ดังข้อความตัวอย่าง “ตั้งแต่พ่อป่วยก็หวังมาตลอดว่าจะมีปาฏิหาริย์ให้พ่อดีขึ้น แต่รอมาเรื่อย ๆ รู้วันไหนจะเป็นจริง จนนานเข้าก็เริ่มชิน” (ผู้ให้ข้อมูล 2)

**โลกใบที่ 3 โลกของสถานที่ (spatiality or lived space)** เป็นการรับรู้ที่มีต่อสถานที่ ของผู้ให้ข้อมูลอยู่ในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในช่วงของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแล

บุคคลที่เจ็บป่วยติดเตียง ซึ่งอาจมีความรู้สึกที่แตกต่างกัน บางคนโดดเดี่ยว แม้จะอยู่ในสถานที่ที่กว้างใหญ่มีผู้คนมากมาย หรือรู้สึกอบอุ่นหัวใจเหมือนมีหม่อมมาอยู่ใกล้ๆแม้จะห่างด้วยระยะทาง มี 2 กลุ่มความหมาย

1) **โลกของสังคมยุคใหม่** เป็นการสะท้อนถึงชีวิตในยุคปัจจุบันทำให้ใกล้กันมาก ทำให้สามารถปรึกษาผู้รู้ได้ง่ายขึ้น สามารถส่งรูปภาพ/วิดีโอ ความผิดปกติไปปรึกษาผู้รู้ หรือเป็นผลดีในการสร้างอาชีพได้ง่ายขึ้น มีเวลาได้ดูแลผู้ป่วย ดังข้อความตัวอย่าง “สังคมมันเปลี่ยนไปมากจากแต่ก่อน อยากรู้อะไรก็หาเอาจากอินเทอร์เน็ต อยากรู้อะไรก็ปรึกษาอะไรก็ง่ายขึ้น เห็นหน้ากันได้ด้วย ช่วยคลายความวิตกกังวลลงได้บ้าง ช่วงโควิดที่ผ่านมาฉันมองว่าเราได้ใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์มากเลย เราก็ใช้วิธีวิดีโอคอลหาคนลดความคิดถึงลดความเหงาลงได้ หมอเองเขาก็ใช้วิธีนี้ดูคนไข้ ฉันสามารถส่งภาพยาไปให้หมอดู เช่น ยายเกิดแผลที่ก้นแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูล 9)

2) **โดดเดี่ยวในโลกกว้าง** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลรู้สึกต้องแบกรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังมองไปหนทางไหนก็มีมดมนไรหนทางแก้ไข ต้องสู้ทนเพียงลำพัง ไม่มีใครมาช่วยเหลือ ดังข้อความตัวอย่าง “พอเป็นแบบนี้ ฉันก็รู้สึกแย่นะคะบางทีมันเหมือนสู้คนเดียวลำพัง บางทีมดมนไรก็รู้สึกเหมือนยืนอยู่คนเดียว มันท้อก็มีบ้างความคิดของคนช่วงที่มันเหนื่อยมันล้ามากๆ ยิ่งช่วงโควิดยิ่งไม่เห็นใครมันยังรู้สึกโดดเดี่ยวเข้าไปใหญ่” (ผู้ให้ข้อมูล 2)

**โลกใบที่ 4 โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation)** เป็นการรับรู้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังอยู่ในช่วงของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียง มี 3 กลุ่มความหมาย

1) **ครอบครัวไม่ทิ้งกัน สายเลือดเดียวกันก็ทิ้งกันไม่ได้** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือคนในครอบครัว จากญาติพี่น้องในเวลาที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงผู้ดูแลไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยได้เพราะคือคนที่รัก คนในครอบครัว ดังข้อความตัวอย่าง “คือมันทิ้งกันไม่ได้นะคะ เพราะเขาเป็นคนสำคัญของชีวิตเรา เป็นลูกที่เราอุ้มท้องมาเลี้ยงมาจะเป็นยังไงเราก็ต้องดูแลเขาไปจนวันสุดท้ายของชีวิต ดีที่พ่อเค้าก็สู้กับเรา ช่วยกันไม่ทิ้งกัน มันเป็นกำลังใจเป็นเหมือนพลังให้กันสู้ต่อ” (ผู้ให้ข้อมูล 1)

2) **มิตรแท้ยามยาก** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชนถึงแม้ว่าจะไม่ใช่ญาติพี่น้อง แต่ก็

มีการช่วยเหลือกัน ส่งกำลังใจให้กัน ดังข้อความตัวอย่าง “หนูชอบคำว่า คืนที่มีดที่สุดจะเห็นดาวที่ชัดที่สุด คือตอนที่เราเจอปัญหา ทุกข์มากมันดิ่งกับความรู้สึกตัวเองมากๆ คนที่ยื่นมือเข้ามาพยุงเราขึ้นเดินออกจากความมืดหนูรู้สึกขอบคุณเค้ามากค่ะ หนูมีเพื่อนที่เค้าให้คำปรึกษาหนูดีมากเวลาไม่สบายใจพอได้คุยกับเขารู้สึกใจเราเบาขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล 16)

3) **จิตสาธารณะ** เป็นการสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วย นอกจากหน้าที่ที่พึงกระทำแล้ว มาจากจิตที่เป็นกุศล จิตอาสา ที่อยากช่วยเหลือให้บุคคลที่รักนับถือพ้นจากความทุกข์ ดังข้อความตัวอย่าง “ฉันทำตราบนี้เงินทองมองว่าไม่ได้หวังว่าจะได้เงินทองมากมายอะไร แค่เห็นคนที่เราช่วยเหลือเขาดีขึ้น ฉันก็มีความรู้สึกอึดอัดใจ อิ่มบุญไปด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล 47)

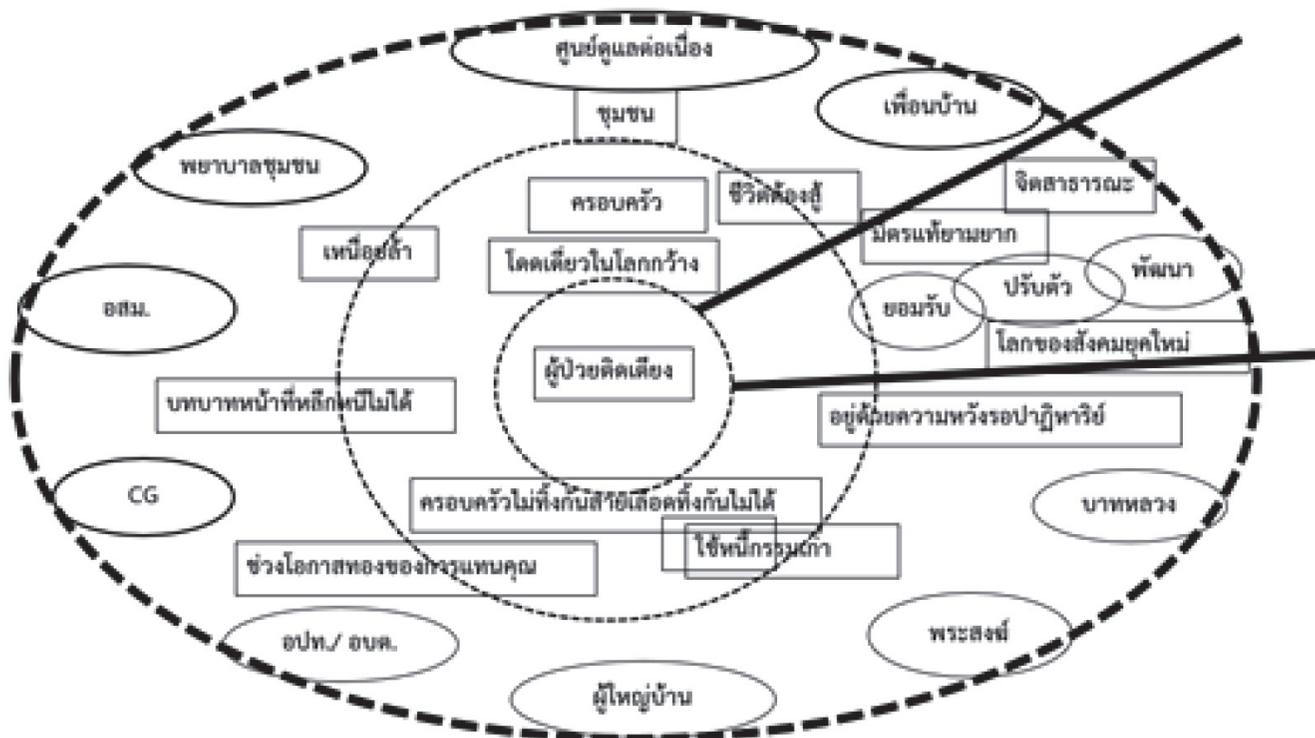
**ส่วนที่ 3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่** สรุปข้อมูลได้ 3 องค์ประกอบ เรียกว่า “AAD Model” ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1 A (Acceptance)** เป็นการยอมรับในบทบาทหน้าที่ตนเอง เมื่อผู้ดูแลรับรู้ตนเองว่าต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงแล้วต้องมีการยอมรับถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเหนื่อยล้า ความท้อแท้ ไม่ว่าจะเข้ามาเพราะเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้หรือจะคิดว่าเป็นการ

ชดใช้เวรกรรม แต่ผู้ดูแลต้องมีการคิดในทางบวก ได้แก่มองเป็นโอกาสทองที่จะตอบแทนบุญคุณ อยู่ด้วยความหวัง ให้สามารถเดินหน้าต่อไป

**องค์ประกอบที่ 2 A (Adaptation)** เป็นการปรับตัวเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ผู้ดูแลจะต้องปรับตัวให้ได้ แม้อาจมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในชีวิตมาเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือการเป็นผู้ดูแลหลัก ปรับวิถีคิด ปรับวิถีหารายได้ เช่น อาจปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เปลี่ยนการทำงาน แบบออนไลน์ให้สามารถเป็นผู้ดูแลได้เพื่อสร้างรายได้ให้เพิ่มขึ้น หรือแม้ช่วงระบาดของโควิดก็สามารถติดต่อเครือข่ายผ่านระบบออนไลน์ การสื่อสารออนไลน์กับทีมสุขภาพทำให้เข้าถึงง่าย สะดวกรวดเร็ว ลดช่องว่างในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น

**องค์ประกอบที่ 3 D (Development)** เป็นการเรียนรู้พัฒนาตนเองอยู่เสมอทั้งบทบาทที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกครอบครัวหรือบทบาทเครือข่ายชุมชนที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ดำเนินการเป็นกระบวนการดูแลในรูปแบบต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกำลังใจ กำลังกาย ความเป็นมิตรแท้ยามยาก การมีจิตสาธารณะ รวมถึงใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงวัยที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่  
จังหวัดนครพนม “AAD Model”

## การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่จำแนกได้ตามโลก 4 ใบ 11 กลุ่มความหมาย กล่าวคือ 1) โลกของตัวเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงในขณะที่อยู่ในประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจพบความเหนื่อยล้า มองชีวิตต้องสู้ และบทบาทหน้าที่หลักหนีไม่ได้ อาจเกิดจากระยะการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนานทำให้มีความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย มีความห่วงใย และ กังวลใจกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จนทำให้เกิดความกลัว และเครียดในที่สุด<sup>14</sup> ผู้ดูแลเมื่อรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางอย่างเดียวเพื่อจะต้องช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเต็มที่จึงจำต้องสู้แม้พบปัญหา ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว<sup>15</sup> 2) โลกของเวลา ถือเป็นผู้ดูแลสะท้อนข้อมูลเชิงบวกไว้ว่าเป็นช่วงโอกาสทองของการแทนคุณ ซึ่งเป็นพลังบวกให้สามารถสร้างกำลังใจในการเดินทางดูแลผู้ป่วยแม่อุปสรรคที่หลากหลาย4 หรือสะท้อนถึงหลักความเชื่อว่าเป็นใช้หนี้กรรมเก่า และอยู่ด้วยความหวังรอปาฏิหาริย์ 3) โลกของสถานที่ สะท้อนข้อมูลว่าเป็นโลกของสังคมยุคใหม่ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์<sup>16</sup> แต่ในทางตรงข้ามยังรู้สึกโดดเดี่ยวในโลกกว้างเนื่องจากมุมมองด้านลบที่สามารถเกิดขึ้นได้จากความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่ต่อสู้เพียงลำพัง ลูกหลานได้แยกย้ายไปมีครอบครัวและมีภาระที่ต้องรับผิดชอบทำให้ไม่สามารถมาดูแลช่วยเหลือได้ และ 4) โลกของความสัมพันธ์ คือ ครอบครัวไม่ทั้งกันสายเลือดตัดกันไม่ขาดมิตรแท้ยามยาก และจิตสาธารณะ ถือเป็นสิ่งที่ตั้งมาในชีวิตของเรา หนึ่งบริบทของวิถีชุมชนของไทยมีขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ลูกหลานต้องตอบแทนกตัญญูต่อพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ซึ่งการดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังคงยึดถือค่านิยม เรื่อง “ความกตัญญู กตเวที” เป็นคุณธรรมสำคัญที่บุตรต้องปรนนิบัติเลี้ยงดูบิดา/มารดา<sup>17</sup>

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่จังหวัดนครพนม “AAD Model” กล่าวคือ A (Acceptance) เป็นยอมรับในบทบาทหน้าที่ตนเองในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรค เกิดความเหนื่อยล้าความท้อแท้ รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่เพียงลำพัง ส่วนหนึ่งจากลักษณะสังคมปัจจุบันการมีบุตรน้อยเมื่อลูกหลานมีครอบครัวมีภาระจึงจำเป็นต้องดูแลคู่ชีวิตหรือลูกและการย้ายถิ่นไปทำงานต่างถิ่นหรืออาจเกิดจากความ

จำยอมในสถานะที่ต้องดูแลจึงเกิดความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ดูแลยอมรับบทบาทหน้าที่ตนเองได้ จะสามารถขับเคลื่อนให้ชีวิตเดินหน้าต่อมีความภูมิใจที่ได้ดูแล บิดา มารดา และ คู่ครอง หลังจากยอมรับบทบาทหน้าที่ได้จะเข้าสู่ A (Adaptation) เป็นการปรับตัวในเป็นผู้ดูแล ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทในชีวิตมาเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือปรับตัวมาอยู่เป็นผู้ดูแลหลัก ปรับวิธีคิด ปรับวิธีหารายได้ เช่น ใช้วิถีชีวิตแบบใหม่ให้เกิดประโยชน์ เปลี่ยนมาทำงานออนไลน์ให้สามารถเป็นผู้ดูแลได้พร้อมกับสร้างรายได้ หรือแม้แต่ช่วงระบอบของโควิดก็ใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาติดต่อประสานงานเครือข่ายผ่านระบบออนไลน์ ทีมสุขภาพใช้การสื่อสารออนไลน์เข้าถึงง่าย สะดวกรวดเร็ว ลดช่องว่างในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ<sup>16</sup> นอกจากนี้ท้ายสุดต้องมีการพัฒนาตนเองเสมอ กล่าวคือ D (Development) เป็นการพัฒนาศักยภาพในบทบาทที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความซับซ้อนในการดูแลต้องอาศัยความรู้และทักษะในการดูแลเฉพาะด้าน มีการศึกษาเช่นเดียวกันคือการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>19</sup> นอกจากนี้การพัฒนาด้านการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุดก็อย่างที่ผู้ดูแลสะท้อนว่าเป็นสังคมโลกยุคใหม่ทำให้ใกล้กันถึงแม้จะห่างไกล ความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลได้มีการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เข้าใจประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของครอบครัวและชุมชนวิถีปกติใหม่ สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว

2. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน 3 องค์ประกอบหลัก คือ การยอมรับ การปรับตัว และการพัฒนา เรียกว่า “AAD Model” ซึ่งทีมบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดดูแลผู้ป่วยและครอบครัวติดเตียงในชุมชนจากพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านเวลาในการปิดงบ

ประมาณทุนวิจัย จึงไม่สามารถทดลองใช้กับชุมชนต้นแบบ  
ควรมีการขยายผลเพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล  
ต่อไป และเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดนครพนม หากนำ  
ผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบท

### References

1. Kasemkitwattana S, Prision P. Chronic Patients Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(4): 22-31. (in Thai)
2. Social Development and Human Security, Nakhon Phanom Province. social situation report Nakhon Phanom Province for the year, 2021; 2021. (in Thai)
3. Thurapang P, Mahasena P, Panuwet R, et al. The development of the homebound patient and bedbound patient care system in Tambon Nong Bou Amphoe Mung Nong Bua Lamphu Province. Journal of Health Science and Community Public Health. 2018; 1(2): 15-29. (in Thai)
4. Utaisang A, Pearkao C, Junsevg K, et al. Experiences of family members in caring of stroke patients: A case study in the border provinces of the Upper Northeast of Thailand. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2021;9(G):172-9.
5. Office of the National Economic and Social Development Council. National Economic and Social Development Plan No. 12. 2016; 2016. (in Thai)
6. Fisher D, & Heymann D. Q & A: The novel coronavirus outbreak causing COVID-19. BioMed Central academic journals. 2020; 18(57):1-3.
7. Orem D.E. Nursing: Concepts and Practice (6<sup>th</sup>ed.). St. Louis, MO: Mosby; 2001.
8. Roy SC, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 2<sup>nd</sup> ed. Connecticut: Appleton and Lange; 1999.
9. Heidegger M. In: MacQuaeie J, Robinson E, editors. Being and Time. New York: Harper and Row; 1962.
10. Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage Handbook of Qualitative Research. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: SAGE; 2005.
11. Chantawanich S. Qualitative research methods. This time 25 Bangkok: Chulalongkorn University 2011. (in Thai)
12. Van Manen M. Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York: SUNY Press; 1990.
13. Sareeso P, Prasion P, Thohinung U, Umsrewaing W, Fongrat N. The situation, health problems and care needs of older persons with chronic illness: Chiangrai municipality. Journal of Nursing Science & Health. 2017; 40(2): 85-95. (in Thai)
14. Jooprempre k, Tabootwong W. Experiences of Primary Caregivers in Caregiving for Older Family Members With Bedridden at Home. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2022; 14(1): 191-205.
16. Maneelert C. Development of Application for Bed-Bound Older Adults Care Promotion via Augmented Reality Technology. Journal of Applied Information Technology. 2021; 7(2): 83-94. (in Thai)
17. Srisuk A, Kespichayawattana J. Lived experiences of sons being caregiver for dependent elderly parents. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2019; 31(2) : 72-84. (in Thai)
18. Fongkerd S, Sinsuesatkul S, Tantalanutkul T. Community Nurse Practitioner' Role in Caring Family Caregivers of Bedridden Patients. 2020; 21(1): 46-55. (in Thai)
19. Sathira-Angkura T, Haruthai C, Leelawong S, Kladjompong P, Janta-Um-Mou U, Suwonkesawong S, et al. Nursing Curriculum Development to Promote Healthcare Self-management in Patients and Caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 104-13. (in Thai)