# ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

# Effects of Supportive-Educative Program on the Ability of Caregivers to Manage the Nutritional Status Homebound and Bedridden patients Elderly at Home in Nong-Hi Hospital, Roi-Et

**ณัฐชา รอบดูดี***
**Nattacha Roobdudee**
Corresponding author: E-mail: NattachaRoobdudeentc_101@yahoo.co.th
(Received: November 29, 2023; Revised: December 7, 2023; Accepted: January 8, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและศึกษาระดับกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 80 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน ADL และแบบประเมินคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของร้อยละ โดยใช้ Percentage differences

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มอยู่ในระดับดีมาก (84.2%) และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มอยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คน (37.5%)

**สรุปและข้อเสนอแนะ** : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ในหน่วยงาน

**คำสำคัญ :** การสนับสนุนและให้ความรู้; การจัดการภาวะโภชนาการ; ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฮี

**ABSTRACT**

**Purposes :** To compare mean scores of caregivers' ability to care for and study Barthel Activities of Daily Living: ADL level and study a managing nutritional status in bedridden elderly.

**Study design :** Quasi-experimental research.

**Materials and Methods :** 80 of homebound and bedridden patients elderly in area of responsibility of Nong Hi Hospital who met inclusion and exclusion criteria. Data were collected using an ADL assessment and a caregiver's ability to manage nutritional status score assessment. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and analyze percentage differences using Percentage differences.

**Main findings :** After intervention, it was found that caregivers of bed-ridden elderly people at home had a very good level of ability to manage nutritional status (84.2%), and bed-ridden elderly at home had a score of ability to manage their nutritional status at a very good level (84.2%). Daily life increased to 15 participants in home group (37.5%).

**Conclusion and recommendations** : The results of this research result in a better quality of life for elderly people stuck in bed at home. Therefore, those involved should implement the program. This was for use in the agency.

**Keywords :** Supportive-Educative; Caregivers, Ability of Manage the Nutritional Status; Homebound and Bedridden patients Elderly**.**

*Registered Nurse Professional Level, Nong-Hi Hospital

## บทนำ

สหประชาชาติได้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับประเทศไทยนิยาม “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่า คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เพราะในเวลานั้นประเทศไทยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 10.4 และคาดว่าในอีกราว 20 ปีข้างหน้า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะก้าวจากสังคมสูงอายุเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าสั้นมาก เทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วต่าง ๆ เช่น ฝรั่งเศสที่ใช้เวลา 115 ปี หรือสวีเดนที่ใช้เวลา 85 ปี เป็นต้น[1] ทำให้ประเทศไทย ซึ่งยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาต้องเร่งเตรียมการเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุจะมีผลกระทบในด้านต่าง ๆ อาทิ ปัญหาขาดแคลนแรงงาน การขาดรายได้ของผู้สูงอายุ การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อเพิ่มสวัสดิการกับผู้สูงอายุจนนำมาซึ่งนโยบายและยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2565 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.8 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด 2 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และในปี พ.ศ.2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 314 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ปัจจุบัน นโยบายและมาตรการต่างๆ มุ่งไปสู่ ”การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy ageing)[2] และ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” (Active ageing)” ในระยะยาว บทความนี้เป็นการอภิปรายสังคมสูงอายุของไทย ผลกระทบในด้านต่างๆ นโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุ

เช่นเดียวกับสถานการณ์การผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด จากการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ปี พ.ศ.2565 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุรวม 178,880 คน ติดสังคม (ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 174,226 คน %ADL 12 คะแนน (97.4%) ติดบ้าน %ADL 5-11 คะแนน ADL 5-11) จำนวน 3,931 คน (2.2%) ผู้สูงอายติดเตียง (ADL0-4) จำนวน 723 คน %ADL0-4 (0-4%)[3] และสถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอหนองฮี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 พบว่า 3,566 คน 3,775 คน 3,477 คน 3,680 คน 3,838 คน และ 3,988 คน ตามลำดับ จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม คือ ติดสังคม จำนวน 3,475 คน 3544 คน 3,705 คน 3,392 คน และ 3,761 คน ติดบ้าน จำนวน 79 คน 57 คน 65 คน 113 คน และ 59 คน และติดเตียง จำนวน 12 คน 13 คน 16 คน 23 คน และ 18 คน[4]

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาขาดแคลนแรงงานทำให้ประเทศไทยต้องนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านหลายล้านคน ปัญหาการจัดสรรทรัพยากร และสวัสดิการผู้สูงอายุซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตลอดเวลา และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการวางผังเมืองที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปผลกระทบในด้านต่างๆ ได้[1] เช่น ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุคือภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจรวมทั้งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อมจึงต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสูงมาก จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในยามสูงวัยให้ยาวนานมากที่สุดตลอดจนการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีความดันโลหิตสูงและการมีดัชนีมวลกายสูง

ซึ่งประเทศไทยยังประสบปัญหาเหล่านี้อยู่[5]

ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญก่อให้เกิดอัตราภาระพึ่งพิงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะขาดสารอาหาร ได้แก่ (1) ภาวะโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลให้ร่างกายใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มมากขึ้นทำให้ร่างกายผู้ป่วยเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย (2) ผลข้างเคียงจากการรักษาและการใช้ยาชนิดต่างๆ เช่น การใช้ยาสเตียรอยด์ ยาพ่นและออกซิเจน ส่งผลให้ปากแห้ง กลืนอาหารลำบาก และรับรสเปลี่ยนแปลงไป (3) ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอยากอาหารลดลง (4) การแยกตัวออกจากสังคม และ 5) ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง[6] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ขาดความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมเคยชินวัฒนธรรมและความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ภูมิต้านทานต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง หายใจลำบาก มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบ ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่วยรักษาภาวะขาดสารอาหารและลดโอกาสเกิดการกำเริบของโรคเฉียบพลัน ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจให้แข็งแรง และเสริมสร้างภูมิต้านทานการติดเชื้อในร่างกาย โดยการสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ เช่น การเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่มีสัดส่วนของสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย[7] การลดอาหารประเภทแป้งการเพิ่มการรับประทานไขมันและโปรตีนที่เหมาะสมเนื่องจากแป้งส่งผลให้มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ดังนั้น การป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถลดภาวะขาดสารอาหารโดยการให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานให้เพียงพอกับที่ร่างกายสูญเสียไป โดยส่งเสริมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่ที่มีภาวะขาดสารอาหาร มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ยาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการตนเองที่ดีและทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป ตัวอย่างผลลัพธ์จากการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในผลลัพธ์สุขภาพทางบวก โดยรวมถึงการได้รับการส่งเสริมทางด้านอารมณ์การช่วยเหลือทางด้านกายภาพและการจัดการกับปัญหาเพื่อนำไปสู่การรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ถึงสมรรถนะในตนเอง (Self-competency)[8]

แนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า การศึกษาในต่างประเทศมีงานวิจัยที่ศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองที่ใส่สายยางให้อาหาร[9] พบว่าการใส่สายยางให้อาหารหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น นอกจากนั้นมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ[10] สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้สูงอายุ[11] การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางโภชนาการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงให้กับผู้ดูแลที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจะมีผู้ดูแลเป็นหลักในการจัดการด้านต่างๆ เป็นบุคคลที่สำคัญที่ช่วยดูแลฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย และในการดูแล

เรื่องโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมีความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียง กระทำการต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัวการป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง การให้ยา ตลอดจนเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลจะมีความสำคัญอย่างมาก ต้องมีความสามารถในการดูแลด้านโภชนาการ จึงจะทำให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยทางการดูแลของผู้ดูแลในการไปส่งเสริมภาวะโภชนาการกับผู้สูงอายุติดเตียง การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[12] ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญภาวะความเจ็บป่วยหรือมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งย่อมต้องการการช่วยเหลือดูแลจากพยาบาลและผู้ดูแล ซึ่งเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการตนเองที่ดีและทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและศึกษาระดับกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่มศึกษากับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 40 ราย และผู้ดูแล จำนวน 40 ราย (One-group time series design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,214 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงในในเขตโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 80 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 3) สามารถสื่อสาร และติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีค่าการประเมิน Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 0-11 คะแนน 4) ได้รับอาหารทางสายยาง 5) ไม่มีแผลกดทับ 6) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรงมีผลคุกคามชีวิต เช่น การติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น และ 7) ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีคำสั่งแพทย์ในการจำกัดโปรตีนหรือไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่ต้องการการดูแลโภชนาการที่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรค ได้แก่ โรคตับ โรคมะเร็งต่างๆ โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการศึกษา จะคัดออกเพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อการวิจัยครั้งนี้

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง** การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยใช้ค่าพารามิเตอร์คือ A priori: Compute required sample size, Input:Tail(s)=One, Effect size dz=.62, $\alpha$ err prob=0.05 และ Power (1-$\beta$ err prob=0.95) จากงานวิจัยของสวรินทร์ หงส์สร้อย และคณะ[13] ได้ขนาดอิทธิพลของตัวแปรเท่ากับ 0.64 ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล ผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยของณัฐตินา วิชัยดิษฐ[14] ประกอบด้วย1) ผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน เป็นต้น 2) ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ดูแล เป็นต้น และข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาหารเหลวที่ใช้ ปริมาณอาหารเหลวที่ให้แต่ละมื้อ ประวัติการแพ้อาหาร ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล) เป็นต้น และข้อมูลสำหรับผู้วิจัย ได้แก่ การประเมินความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และปัญหาที่พบเจอ เป็นต้น

**ตอนที่ 2** แบบประเมินคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วยคำถามการประเมินความสามารถของผู้ดูแลด้านโภชนาการ 2 ด้าน คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง (4 ข้อ) และ 2) การประเมินปริมาณพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นเหมาะสมกับผู้สูงอายุติดเตียง (14 ข้อ) ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท (1 คะแนน=น้อยที่สุด, 2 คะแนน=น้อย, 3 คะแนน=ปานกลาง, 4 คะแนน=มาก และ 5 คะแนน=มากที่สุด) โดยแบ่งการประเมินผลเป็น 4 ระดับ คือ 1-14 คะแนน ระดับน้อย, 15-28 คะแนน ระดับปานกลาง, 29-42 คะแนน ระดับดี และ 43-75 คะแนน ระดับดีมาก

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการภาวะโภชนาการโดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ผลกระทบจากการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 2) การประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย 3) การให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอาหารทั้งอาหารสำเร็จรูป และการเตรียมอาหารปั่นผสม 4) วิธีการจัดเก็บอาหาร 5) วิธีการดูแลรักษาสายยาง และ 6) ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ให้อาหารทางสายยางและการแก้ปัญหา ได้แก่ ปากแห้ง สายให้อาหารเลื่อนหลุด อาเจียน ท้องอืด ขาดน้ำ ท้องผูก และท้องเสีย

2.2 แผนการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[12] หลักการโภชนบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย

1) การคาดการณ์ เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่ตนดูแล ให้ความสำคัญของการดูแลภาวะโภชนาการมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ โดยความสามารถของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลตรวจสอบสถานการณ์ในการดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง ตรวจสอบสิ่งแวดล้อม และความต้องการในการดูแล ซึ่งแนวทางในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง โดย (1) ประเมินความรู้จากประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแล และ (2) ให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการขาดสารอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย และการจัดเตรียมอาหารเหลว วิธีการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง วิธีการเก็บอาหารสำหรับให้อาหารทางสายยาง และการจัดการกับปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุติดเตียง

2) การตัดสินใจปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการเลือกใช้วิธีการดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดภาวะทุพโภชนาการและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะทุพโภชนาการ อันเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจปรับเปลี่ยน โดยให้คำแนะนำ ปรึกษา และการจัดการ

กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ

3) การลงมือปฏิบัติ เช่น การศึกษาคู่มือการส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไว้ทบทวนความรู้ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การเยี่ยมบ้านติดตามการปฏิบัติให้กำลังใจ เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจผู้ดูแลให้มีการดูแลภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียงตามเป้าหมายที่วางไว้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สอบถามทางโทรศัพท์ได้ตลอดเมื่อมีข้อสงสัย ตลอดจนช่วยหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทุกข้อ จำนวน 10 ราย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการวิจัย และฝึกทักษะของผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบประเมินระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แล้วนำไปคำนวณหาความเที่ยงโดยผู้ช่วยวิจัยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันทดสอบกับผู้ดูแล จำนวน 10 ราย และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ซึ่งในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการแทนทั้งหมด เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินการ 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. ขั้นเตรียมการ** (1) เสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย (2) ทำบันทึกข้อข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ (2) หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหนองฮี ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกมาทั้งหมด 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (4) เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการให้ความรู้เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) การดำเนินการวิจัย และ 4) การใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถการจัดการโภชนาการของผู้ดูแลในผู้สูงอายุติดเตียง และ (5) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยต่างๆ

**2. ขั้นดำเนินการทดลอง** มีกระบวนการดำเนินการดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการเข้าร่วมวิจัย และรายละเอียดของโปรแกรมฯ (2) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการดำเนินการวิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (3) เก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลหลัก และประเมินความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแล (4) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ดูแล และ (5) ประเมินความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียงกับผู้ดูแล

**สัปดาห์ที่ 2** ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทั่วไป ผลที่เกิดจากการขาดสารอาหารการประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย อาหารและสารอาหารที่จำเป็นเหมาะสม

**สัปดาห์ที่ 3** ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารเหลว การให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง วิธีการเก็บอาหาร และการจัดการกับปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุติดเตียง

**สัปดาห์ที่ 4** ฝึกการให้อาหารทางสายยางกับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลอาหารเสริมตามปริมาณที่เหมาะสมกับ

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ และเตรียมไว้

**สัปดาห์ที่ 5** ผู้วิจัย (1) ให้คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร ซึ่งเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไว้ทบทวนความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลภาวะโภชนาการกับผู้สูงอายุติดเตียงอย่างถูกต้องและเหมาะสม (2) ผู้ดูแลวางแผนส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง และ (3) ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง คือ จัดสิ่งของที่ต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกในการใช้งาน

**สัปดาห์ที่ 6-10** เยี่ยมบ้าน ติดตามผลการปฏิบัติการในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ดูแล ได้แก่ 1) การให้อาหารทางสายยาง 2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุ และ 3) พูดให้กำลังใจผู้ดูแลในการส่งเสริมโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

**สัปดาห์ที่ 11-15** ผู้วิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์ และไลน์กลุ่มอย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหา อุปสรรคและแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแล

**สัปดาห์ที่ 16** ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ โดยประเมินระดับความสามารถในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันของผู้ดูแล และให้กำลังใจ

**3. ขั้นสรุปผล** นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1182565 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยการไปร่วมเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างพร้อมกับการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการทำวิจัยให้กับอาสาสมัครฟังจนเข้าใจ ให้โอกาสซักถามรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัย และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือยอมรับในการเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครเป็นไปโดยความสมัครใจและอาสาสมัครอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 13.0 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (1) ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในระดับนามมาตรา ได้แก่ ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส การศึกษาสถานที่พักอาศัย ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการแพ้อาหาร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (2) ข้อมูลระดับมาตราส่วนขึ้นไป ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (3) การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมปฏิบัติการช่วงทดลอง และ (4) การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมปฏิบัติการในช่วงทดลอง โดยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างของร้อยละ (Percentage differences)

## ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้านทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (95.0%) อายุเฉลี่ย 52.2 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (60.0%) สถานภาพสมรคู่ (67.5%) รายได้มัธยฐาน 4,500 บาท (IRQ=3,000-6,000) มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง (98.0%) ระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปี (87.5%) และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นคู่สมรสและบุตร (57.5%)

2. หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มในระดับดีมากจาก 4 คน (10.0%) เป็น 36 คน (84.2%) และลดลงในระดับปานกลางจาก 5 คน (12.5%) เป็นไม่พบผู้ดูแลที่มีคะแนน

ความสามารถอยู่ในระดับนี้ (200.0%) ระดับดีลดลงจากเดิม 31 คน (77.5%) เป็น 4 คน (10.0%) ตามลำดับ และกลุ่มติดเตียงมีผลรวมคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มอยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คน (37.5%) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมปฏิบัติการในช่วงทดลอง (n=40)

| ระดับความสามารถ | ก่อนดำเนินการ n(%) | ก่อนดำเนินการ n(%) | %differences n(%) |
|---|---|---|---|
| ระดับน้อย (1-14 คะแนน) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| ระดับปานกลาง (15-28 คะแนน) | 5(12.5) | 0(0.0) | -200.0 |
| ระดับดี (29-42 คะแนน) | 31(77.5) | 4(10.0) | -138.5 |
| ระดับดีมาก (43-75 คะแนน) | 4(10.0) | 36(90.0) | +84.2 |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน (n=40)

| ระดับคะแนน | จำนวน(%) |
|---|---|
| **กลุ่มติดสังคม** (มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) | 15(37.5) |
| **กลุ่มติดบ้าน** (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน) | 17(42.5) |
| **กลุ่มติดเตียง** (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน) | 8(20.0) |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มในระดับดีมากจาก 4 คน (10.0%) เป็น 36 คน (84.2%) ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีผลรวมคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มอยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คน (37.5%) พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน โรงพยาบาลสตูล พบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” มี 2 ระดับ คือ 1) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ระดับชุมชน ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบนี้ทำให้เกิดกระบวนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนเอง มีคู่มือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงสำหรับอาสาสมัครในชุมชน สามารถนำไปติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และมีความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการใช้รูปแบบนี้ที่ค่าเฉลี่ย[15] 4.32 ; ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 135 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม[16]

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งต้องการพึ่งพาในระดับมาก เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ บางรายอาจมีความบกพร่องด้านความคิดสติปัญญาหรือความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมร่วมด้วยผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรคหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาส่งผลให้เกิดปัญหา

หรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบติดเชื้อ ท้องผูก ข้อยึดติดกล้ามเนื้อลีบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ซึ่งญาติผู้ดูแลมีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ทั้งนี้การเข้ารับบทบาทในการเป็นญาติผู้ดูแลนั้นต้องรับผิดชอบตั้งแต่การดูแลเรื่องความเจ็บป่วยโดยเฉพาะการดูแลทางด้านร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจากการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมเฉพาะโรค จากกิจกรรมการดูแลที่มีปริมาณมากในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบทางด้านร่างกายต่อญาติผู้ดูแลและอาจเชื่อมโยงถึงผลกระทบด้านจิตใจ และสังคมตามมา[17] โดยจากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพของดุสิต จันทยานนท์ และคณะ[18] พบว่าความเครียดเป็นผลกระทบที่สำคัญที่พบในผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลขึ้นซึ่งเป็นความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการดำรงบทบาทในการให้การดูแล’โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกของการรับบทบาทญาติผู้ดูแลที่บ้าน ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวเรียนรู้อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การดูแลอย่างไม่หยุดนิ่ง และอาจต้องจัดการแก้ไขกับปัญหาเฉพาะหน้าทุกวัน เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นอาจก่อให้เกิดการละเลยการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีทั้งตัวผู้สูงอายุติดเตียงและญาติผู้ดูแล

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้** ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ติดเตียงควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไปใช้โดยอาจจะมีการปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ คำนึงถึงความต้องการของผู้ดูแลหลักและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะขึ้นแก่ผู้สูงอายุติดเตียง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาว โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องหรือ 1 ต่อ อสม. 1 หลังคาเรือน

3. ควรมีจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในพื้นที่เพื่อเป็นนำประสบการณ์ต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน, กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561;1:25-36.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1
4. โรงพยาบาลหนองฮี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. งานยุทธศาสตร์; 2565.
5. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://social.nesdc.go.th/social/Portals/O/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai 200411 69.pdf
6. Hodson M. Integrating nutrition into pathways for patients with COPD. Br J Community Nurs. 2016;21(11):548-52.

7. Rojsangruang R. Nutritional management in COPD [internet]. 2014 [cited 2018 Jul 8]. Available from: https://www.slideserve.com/vonda/nutritional-management-in-copd
8. Wells J R, Anderson S T. Self-efficacy and social support in African Americans diagnosed with end stage renal disease. ABNF Journal. 2011;22:9-12.
9. Obara H, Tomite Y, Doi M. Improvement in the nutritional status of very elderly stroke patients who received long-term complete tube feeding. -SPEN, the European E-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2010;5(6):e272-e6.
10. Mastronuzzi T, Paci C, Portincasa P, Montanaro N, Grattagliano I. Assessing the nutritional status of older individuals in family practice: Evaluation and implications for management. [Internet]. 2014 [Cited 2017 Nov 16]. Available from: http://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.12.005
11. สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
12. Orem D E. Nursing: Concepts of practices (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
13. สวรินทร์ หงษ์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติ, เขมารดี มาสิงบุญ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2556; 1:77-89.
14. ณัฐตินา วิชัยดิษฐ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการภาวะโภชนาการร่วมกับการให้ไข่ขาวเป็นอาหารเสริมต่อความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลและระดับอัลบูมินในเลือดของผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
15. ธัญพร สมันตรัฐ. การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต”. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561;19(36):35-48.
16. ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;4(2)36-50.
17. จริยา ชำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36:150-66.
18. ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาค, ธันย์ชนก สุภาจารุพันธุ์, และคนอื่นๆ. ทัศนคติ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2554;1:58-65.