

## รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล Home Visit Model for Bedridden Patients Based on the Problems and Needs of Caregivers

สายใจ จารุจิตฺร, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)<sup>1</sup>      ราตรี อร่ามศิลป์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)<sup>2</sup>  
Saijai Jarujit, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)<sup>1</sup>      Ratre Aramsin, M.N.S. (Family Nursing)<sup>2</sup>  
วรรณศิริ ประจันโน, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)<sup>3</sup>  
Wansiri Prachanno, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)<sup>3</sup>

Received: January 23, 2019    Revised: February 28, 2019    Accepted: March 23, 2019

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม เพื่อศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 210 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 10 คน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีค่าความเชื่อมั่น .88 และ .93 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการในการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง 2) ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับ-ส่งผู้ป่วย ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพ และ 3) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านดังกล่าว ร่วมกับการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

<sup>1</sup> Registered Nurse, Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saijai@pnc.ac.th

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

<sup>2</sup> Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

<sup>3</sup> Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และผู้นำชุมชนควรสนับสนุนหรือจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งจัดบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยเมื่อต้องไปโรงพยาบาล  
คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเตียง การเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแล

### Abstract

This mixed methods research aimed to study home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. The samples for quantitative research consisted of 210 caregivers of bedridden patients in Chanthaburi Province and the participants for qualitative research comprised 10 caregivers of bedridden patients, 5 nurses working at sub-district health promoting hospitals, and 10 village health volunteers. The research instruments were composed of a questionnaire of demographic data, a questionnaire of problems and needs of caregiver with the reliability of .88 and .93, respectively, an in-depth interview guide, and a focus group interview guide. Data were collected from February to July, 2018 and were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that 1) the caregivers of bedridden patients had the overall mean scores of problems and needs at a moderate level; 2) regarding problems and obstacles in bedridden patients home visit, they were composed of discontinuity of home visit; lacking of referral services, some devices, counselling, stiff joint prevention, continuity of rehabilitation, caregiver assistants, and health care services for caregivers; and 3) regarding home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers, it was concluded that the model should combine home visit problems solving with obstacles reducing as well as the empowerment for both bedridden patients and their caregivers.

This research suggests that the executives should encourage the continuity of bedridden patients home visit. Additionally, the community leaders should promote or establish a fund for bedridden patients supporting as well as arrange the referral services.

**Keywords:** Bedridden patients, Home visit, Caregiver

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นงานบริการปฐมภูมิที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านยังส่งเสริมการแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล โดยนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยวางแผนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

เพื่อให้เกิดกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing of care) เชื่อมโยงการบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลมายังสถานบริการสุขภาพในชุมชนและที่บ้าน พยาบาลจึงเปรียบเสมือนผู้จัดการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.50 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ความชราภาพ การเสื่อมถอยของอวัยวะ การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับอุบัติเหตุ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากผลการสำรวจของมูลนิธิวิจัยวิวัฒนาการ (2558) พบผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคน ที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล คิดเป็นเกือบร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คน ที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหาร การล้มถลอกหรือสิ่งแปลกปลอม (นันทสิริ แสงสว่าง และสุพรรณิ นาคารย์, 2556) กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงซึ่งส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ การจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปสรรค เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ (ชลการ ทรงศรี, 2557) ทั้งนี้

ผู้ป่วยติดเตียงควรมีผู้ดูแล (caregiver) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมทุกอย่างให้และดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา โดยผู้ดูแลหลักได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งการดูแลรักษา การเยียวยา การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีสุขภาพแข็งแรงตามสมควร และยังช่วยประสานในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือเสริมพลังให้คนในครอบครัวดูแลสุขภาพตนเอง

การเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ฟื้นตัวและหายเร็วขึ้น การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การบริการต้องมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบริการที่ผ่านมามีลักษณะแบ่งแยกส่วนขาดระบบการเชื่อมโยงระหว่างการดูแลที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยติดเตียงที่กลับมาพักฟื้นที่บ้านได้รับการดูแลโดยลำพังจากญาติ ซึ่งระบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแล แต่ยังไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และความต่อเนื่องในการประสานงาน (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรจน์, 2557) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ซึ่งจะนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยติดเตียงต่อไป

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นภาระหน้าที่ที่ต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก เพราะผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลกิจวัตรต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เช้าจนกระทั่งผู้ป่วยนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการปรับตัว รองลงมา

คือ การเปลี่ยนแปลงการทำงาน การไม่มีเวลาทำงานอย่างอื่น (ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิรมิตศุรา แว, 2560) นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียเชื้อ, และสมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2557)

การที่มีผู้ป่วยติดเตียงในบ้านย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล อันเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์และการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และด้านปริมาณการใช้เวลาดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาและความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ส่วนรายด้านพบว่า ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการจัดการในบ้าน อยู่ในระดับน้อย (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล, และวิชญา โรจนรักษ์, 2559) การที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นนั้น ทีมเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และหากสมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการแล้ว ก็จะสามารถลดโอกาสที่จะสื่อความเครียดของตนออกไปสู่ผู้ป่วย ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการสนับสนุน และด้านการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพ (Hafsteinsdottir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2010 อ้างถึงในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพสนธิ์, 2557)

จากข้อมูลข้างต้น การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีความสำคัญ เพราะช่วยให้นักวิชาการทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงการบริการการดูแลที่บ้านให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและความต้องการของผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่ดี ย่อมทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง
3. เพื่อศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งใช้แนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน (input) กระบวนการดำเนินงาน (process) และผลลัพธ์การดำเนินงาน (output) (สำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการสนับสนุน และด้านการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพ (Hafsteinsdottir et al., 2010 อ้างถึงในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพสนธิ์, 2557) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

### ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

1. ด้านการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้
3. ด้านค่าใช้จ่าย
4. ด้านการจัดการในครอบครัว
5. ด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน
6. ด้านทีมเยี่ยมบ้าน
7. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

### รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

#### ด้านปัจจัยนำเข้า (input)

- ทีมเยี่ยมบ้าน
- การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน

#### ด้านกระบวนการ (process)

- กระบวนการเยี่ยมบ้าน
- การจัดการในครอบครัว
- การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาล

#### ด้านผลลัพธ์ (output)

- ผลการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน

## แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 จำนวน 316 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียง 2) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมด โดยวิธีการ population survey ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป โดยกำหนด margin of error 5%, confidence level 95% และ response distribution 50% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 210 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอของจังหวัดทั้ง 10 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอท่าใหม่ อำเภอมะขาม อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอลុង จากนั้นเทียบสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ ทั้งนี้ ทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 10 คน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง: ใช้เกณฑ์เดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฯ: 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอย่างน้อย 1 ปี 2) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: 1) มีหน้าที่ดูแลเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ 2) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยจำนวนของแต่ละกลุ่ม ทำการสุ่มจากพื้นที่มาเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วคัดเลือกมาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ได้คัดเลือกมาจากชุมชนที่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของพวงเพ็ญ เฟื่องสวัสดิ์ และคณะ (2559) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้ จำนวน 3 ข้อ ด้านค่าใช้จ่าย จำนวน 4 ข้อ ด้านการจัดการในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน จำนวน 3 ข้อ ด้านทีมเยี่ยมบ้าน จำนวน 6 ข้อ และด้านผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 39 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด และส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วย เป็นข้อคำถามเดียวกับ

ส่วนที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัญหา/ความต้องการในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guide) ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านของทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview guide) ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .87 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 011/61 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** คณะผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการใช้แบบสอบถามให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าใจตรงกันก่อน จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ในการวิจัยเชิงปริมาณ) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20-25 นาที ส่วนคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ในการวิจัยเชิงคุณภาพ) ที่บ้าน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เวลา 30-40 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล และพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 มีอายุอยู่ในช่วง 42-58 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 69 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41

รองลงมา คือ เป็นมารดา/บิดา คิดเป็นร้อยละ 17 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47

2. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.1 ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในระดับปานกลาง ( $M = 3.31, SD = 1.08$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น หอมพื้นบ้าน รถรับ-ส่งมาโรงพยาบาล ( $M = 3.36, SD = 1.04$ ) รองลงมา คือ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ( $M = 3.34, SD = 1.04$ ) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุน/การดูแลจากผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่เคยได้รับการสนับสนุนการดูแลจากกลุ่มผู้นำชุมชน แต่ในปัจจุบัน การสนับสนุนส่วนนี้ได้ห่างหายไป รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า บางครอบครัวยังไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการใกล้บ้านได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชนมากที่สุด สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นได้รับการสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่องดังตัวอย่าง

“ที่เป็น อสม. ก่อนหน้านั้นเคยมา 2 ครั้ง แต่ตอนนี้หายไปนานแล้ว” (B4)

“ยังไม่มีหน่วยงานไหนมาดูแล” (B7)

“มีบ้าง อนามัยมีมาบ้าง เพราะเค้ามีโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง แต่พอหมดงบประมาณของ อสม. ก็ไม่มีใครมาดูแลแล้ว” (B3)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านที่มียืมบ้านในระดับปานกลาง ( $M = 3.06, SD = 1.10$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อเจ้าหน้าที่การมีช่องทางขอรับบริการหรือสอบถามข้อมูล ( $M = 3.30, SD = 1.08$ ) รองลงมา คือ การมีบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ( $M = 3.11, SD = 1.07$ )

ทั้งนี้ ทีมเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ประกอบด้วยพยาบาล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางครั้งมีนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และกลุ่มผู้นำชุมชนร่วมด้วย ความถี่ของการมาเยี่ยมไม่แน่นอน ช่วงแรกๆ จะมาบ่อย ช่วงหลังๆ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลบ้างเป็นครั้งคราว สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า

“เมื่อก่อนเป็นหมอกายภาพที่มาเป็นประจำ แต่พักนี้แลหายไปประมาณ 3 เดือนแล้ว ยังไม่เห็นมา” (B1)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ( $M = 2.74$ ,  $SD = 1.10$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น ( $M = 2.91$ ,  $SD = 1.16$ ) รองลงมา คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีความเจ็บป่วย ( $M = 2.81$ ,  $SD = 1.05$ ) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตัวอย่าง

“ไม่มี ทำคนเดียว เพราะว่าแม่กับพ่อแก่ ห้ามป่วย ห้ามตาย ห้ามมีทุกข์ อาศัยว่าเราไม่ได้ทำงานประจำ ทำงานอยู่บ้านอยู่แล้ว” (B3)

“ตอนแรกเครียด แต่มันก็ต้องทำ เพราะถ้าไม่ทำ จะมีใครทำ เครียดไปก็ไม่ได้อะไร มันก็ต้องปรับตัว ตอนนั้นก็ปรับได้ระดับหนึ่งแล้ว” (B7)

“เครียดค่ะ แม่จะคือ อย่างเรื่องกินยา ยาพาราทิลฟีп ก็าก็จะกินทุกวัน เราก็กินไม่ได้ ต้องตัดใจซื้อให้กินไม่งั้นแม่จะโวยวาย จะด่า” (B8)

“มีโรคปวดขา ปวดหลัง เป็นประจำเลย เดินไม่ค่อยจะดี” (B5)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในระดับปานกลาง ( $M = 2.34$ ,  $SD = 1.17$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เช่น ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าวัสดุอุปกรณ์ทำแผล ค่าอาหารทางสายยาง ( $M = 2.89$ ,  $SD = 1.31$ ) รองลงมา คือ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อไปตรวจตามนัด ไปรับยาแทนผู้ป่วย เป็นต้น ( $M = 2.26$ ,  $SD = 1.18$ ) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตัวอย่าง

“ผ้าอ้อม แพนเพิร์ส ไม่มีเงินจะซื้อ และบังเอิญ

วันนี้มีคนนำมาบริจาคพอดี 1 ห่อ ค่าก็นำมาให้ และนี่ก็เริ่มจะหมดอีกแล้ว เหลือประมาณ 3-4 ชิ้น และต้องใช้ทุกวัน มันเปลืองมาก และมันก็แพงมาก ทำให้ชักหน้าไม่ถึงหลัง” (B1)

“อยากได้อาหารทางสายยาง แพนเพิร์ส กระดาษทิชชู เพราะในแต่ละครั้งใช้ประมาณ 2-3 ม้วน ต้องใช้เซ็ดที่เตียงเลย” (B5)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย ( $M = 2.22$ ,  $SD = 1.09$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อติด และการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ( $M = 2.68$ ,  $SD = 1.27$ ) รองลงมา คือ การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามอาการ ( $M = 2.63$ ,  $SD = 1.35$ ) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลผู้ป่วยได้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์ง่ายๆ ได้ เช่น การเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล การวัดความดันโลหิต การพลิกตัว การทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง โดยได้รับความรู้มาจากการสอนของพยาบาล ทั้งจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่พบว่า ผู้ป่วยยังมีภาวะข้อติดแข็ง รวมทั้งมีปัญหากลืนย่ำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการ ดังตัวอย่าง

“เมื่อก่อนไปหาหมอฉีดยาเป็นประจำทุกวัน แต่ปัจจุบัน 3-4 วัน จึงจะมาหาหมอ แต่ก็ยังไม่หายแต่ต้องทน” (B1)

“พลิกตัวมั่งไม่พลิกมั่ง คนไข้ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง ถ้าทำเอง หน้าตาแดง” (B5)

“เรื่องแผลกดทับ เราพยายามจะตะแคงไม่ให้มันเกิดแผล แต่ก็มึบ้าง เพราะว่าแฉะแพนเพิร์ส เพราะตัวเขาใหญ่” (B6)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการจัดการในครอบครัวในระดับน้อย ( $M = 2.18$ ,  $SD = 1.10$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย



( $M = 2.59, SD = 1.23$ ) รองลงมา คือ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะดวกและปลอดภัย ( $M = 2.11, SD = 1.06$ ) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าครอบครัวสามารถจัดการปรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ดังตัวอย่าง

“เข้ามาที่หุงข้าว ล้างจาน ทำกับข้าวให้ลูกกิน พอเสร็จก็มาล้างแผล ทำแผลให้ผู้ป่วย พอเขานอนหลับเราก็ไปหลังบ้าน ถอนหญ้า ปลูกข้าว ปลูกตะไคร้ มะนาวไว้กินเอง” (B1)

“ต้องดูแลคนเดียวตลอดเวลา เวลาจะไปไหนก็ปิดประตูให้ขายนอน เพราะช่วงเวลากลางวันต้องกลับมาป้อนอาหาร” (B2)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้ ในระดับน้อย ( $M = 2.15, SD = .96$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าถึงข้อมูลในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ( $M = 2.22, SD = 1.02$ ) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ( $M = 2.11, SD = .95$ ) และ การได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาที่ใช้ อาหาร สาเหตุการเจ็บป่วย แผนการรักษา เป็นต้น ( $M = 2.11, SD = .91$ ) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลในการขอความช่วยเหลือ และแหล่งความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดังตัวอย่าง

“ครั้งเดียวก็ทำได้แล้ว เห็นหมอทำ เขาสอนละเอียด และให้เราทำ” (B5)

“ไปเล่าให้หมอนามัยฟัง และนำยากลับมาให้แกกินที่บ้าน ก็มียาแกไอ ยาแก้ แกกินตามเวลา แล้วก็หายไม่เคยเป็นนาน” (B2)

2.2 ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ( $M = 2.71, SD = 1.13$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการทุกด้านในระดับปานกลาง ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 210)

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง	ปัญหา			ความต้องการ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ด้านการดูแลผู้ป่วย	2.22	1.09	น้อย	2.55	1.16	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้	2.15	.96	น้อย	2.61	1.09	ปานกลาง
ด้านค่าใช้จ่าย	2.34	1.17	ปานกลาง	2.70	1.23	ปานกลาง
ด้านการจัดการในครอบครัว	2.18	1.10	น้อย	2.72	1.12	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ในชุมชน	3.31	1.08	ปานกลาง	2.87	1.08	ปานกลาง
ด้านทีมเยี่ยมบ้าน	3.06	1.10	ปานกลาง	2.94	1.04	ปานกลาง
ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย	2.74	1.10	ปานกลาง	2.97	1.10	ปานกลาง
โดยรวม	2.49	1.09	ปานกลาง	2.71	1.13	ปานกลาง

### 3. ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง

#### 3.1 ด้านปัจจัยนำเข้า

- ทีมเยี่ยมบ้าน พบว่า ทีมเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ประกอบด้วยพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางครั้งมีนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และกลุ่มผู้นำชุมชน ความถี่ของการเยี่ยมบ้านไม่แน่นอน ช่วงแรก ๆ จะไปบ่อย ช่วงหลัง ๆ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลบ้างเป็นครั้งคราว เน้นนักกายภาพบำบัดและผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะด้าน ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า มีช่วงเวลาของการประกอบอาชีพในบางช่วง ทำให้ไม่สะดวกในการไปเยี่ยมผู้ป่วย ดังตัวอย่าง

“มีเป็นบางอาทิตย์ บางครั้งบางคราวที่เราติดงาน แต่เราก็สลับวันที่จะไปได้ ถ้าเกิดเรารู้ว่ามีปัญหาว่าไม่สามารถไปได้ เราก็จะบอกกับคนไข้ว่า ป้า วันอังคารนี้มาไม่ได้นะ จะมาวันศุกร์นะ เขาก็พูดว่าเค้าจะคอย เค้าก็จะเข้าใจเรา”

- ระยะเวลาการเยี่ยมบ้าน พบว่า ไม่มีความต่อเนื่อง บางพื้นที่ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับ

- การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น หมอพื้นบ้าน รถรับ-ส่งมาโรงพยาบาล ดังตัวอย่าง

“การสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น รถรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษา อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ผ้าอ้อมสำเร็จรูป น้ำยาล้างแผล สำลือก้อน และพลาสติกปิดแผล) รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลผู้ป่วย”

#### 3.2 ด้านกระบวนการ

- การดูแลผู้ป่วย พบปัญหาอย่างมาก โดยเฉพาะการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง และความต่อเนื่องของการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ และปัญหาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามอาการ

- การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะเครียดจากการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีญาติ

หรือบุคคลอื่นมาผลัดเปลี่ยน ไม่มีเวลาในการปฏิบัติภารกิจส่วนตัว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ดังตัวอย่าง

“ไม่มี ไม่มีใครมามองเลย แม้แต่ญาติพี่น้องเค้าไม่เคยมาดูแล เรายังนรกตัวเองในครอบครัว ตอนนี้ลูกก็ไปอยู่วัด ไปขับรถให้หลวงพี่ ที่วัดเค้าก็ให้เอาข้าวมาให้กิน”

- การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้รับทั้งการประเมินและการดูแลด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการด้านสุขภาพได้

- ระบบการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่มีข้อมูลในการติดต่อ บางคนต้องถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลคนอื่น ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

#### 3.3 ด้านผลลัพธ์

ในส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ปัญหาจากการดูแลมากที่สุด คือ การเกิดภาวะข้อติดแข็ง เนื่องจากการดูแลด้านการฟื้นฟูสุขภาพ การทำกายภาพบำบัด ยังขาดผู้เชี่ยวชาญมาช่วยในการประเมินและให้คำแนะนำ และพบว่า ผู้ดูแลเองยังไม่ตระหนักถึงการบริหารเพื่อป้องกันภาวะข้อติดให้แก่ผู้ป่วย และบางรายพบว่า เมื่อทำแล้วระยะหนึ่งไม่เห็นความเปลี่ยนแปลง จึงหมดกำลังใจในการทำการบริหารให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง

### 4. รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

#### 4.1 ด้านปัจจัยนำเข้า

- ทีมเยี่ยมบ้าน ควรประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ผู้จัดการรายกรณี (case manager [CM]) และผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver [CGI])

- ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ควรมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ผู้นำชุมชน องค์กรภาครัฐ/เอกชน กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง เช่น มีรถสำหรับบริการผู้ป่วยเพื่อรับ-ส่งไปโรงพยาบาล ช่วยเหลือให้การดูแลเรื่องรายได้ อุปกรณ์

ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย

#### 4.2 ด้านกระบวนการ

- กระบวนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ควรเน้น การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะ การป้องกันภาวะข้อติดแข็ง การฟื้นฟูสภาพโดยการบริหาร กล้ามเนื้อ

- การจัดการในครอบครัว ควรมีสมาชิกอื่น ในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือคอยผลัดเปลี่ยนในช่วงที่ผู้ดูแลติดภารกิจ เพื่อลด ภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วย

- ในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง นอกจาก จะให้บริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว สิ่งสำคัญที่ต้อง คำนึงถึง คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งควรมี การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึง

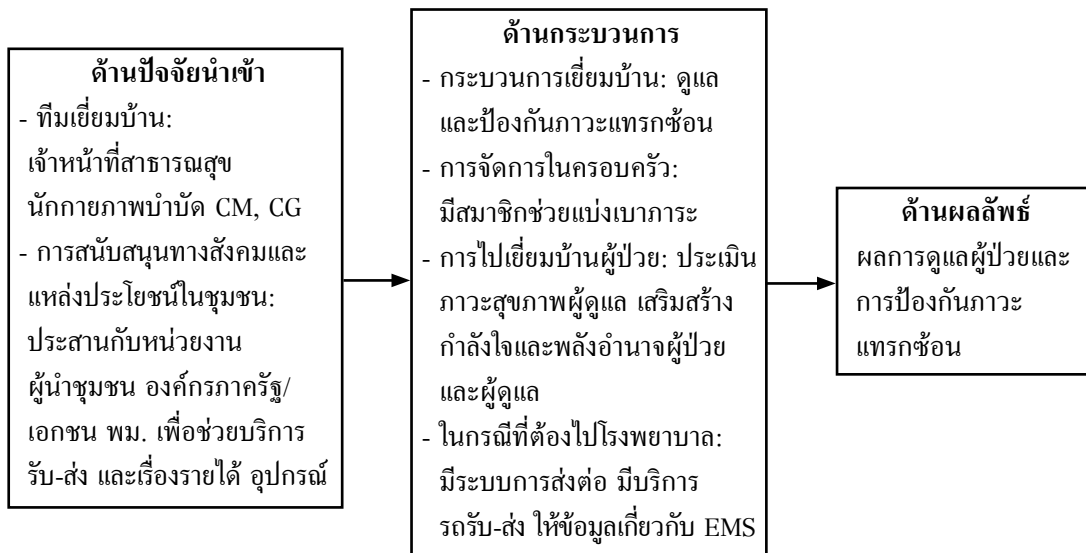
การเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องไปปรับ การบริการที่โรงพยาบาล ควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ และมีบริการรถรับ-ส่ง รวมทั้งควรมีการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับบริการรถพยาบาลของศูนย์อุบัติเหตุและ ฉุกเฉินในกรณีที่มิภาวะเร่งด่วน

#### 4.3 ด้านผลลัพธ์

- ผลการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน ควรมีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และประเมิน การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะข้อติดแข็ง ผลลดทับ

รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหา และความต้องการของผู้ดูแล แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

#### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนน เฉลี่ยปัญหาและความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคม

และแหล่งประโยชน์ในชุมชนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแล มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหลายประการ จึงต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น รถรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาหรือติดตามอาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น ขาดนักกายภาพบำบัดในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ผู้ดูแลหลักทุกรายต้องการให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ เพื่อขอรับ คำแนะนำในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย อีกทั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึง ต้องการความรู้ในเรื่องโภชนาการและการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านทีมเยี่ยมบ้านในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแล มีความต้องการให้มีบุคลากรทางสุขภาพและเจ้าหน้าที่ เข้าไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลมีปัญหาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อตรวจติดตามอาการ เนื่องจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ติดเตียงมีความยากลำบากและมีปัญหาในการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาศ, ชิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตตฤา แว (2560) ที่ศึกษา ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้หน่วยงานในท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้พิการมารับบริการที่จำเป็น เช่น บางคนต้องทำบัตรใหม่ บางคนต้องมารับบริการ ที่โรงพยาบาล จึงต้องการการสนับสนุนรถบริการสำหรับ รับ-ส่งผู้พิการ เพื่ออำนวยความสะดวก ให้สามารถนอน ไปได้ และต้องการการสนับสนุนรถเข็นสำหรับผู้พิการ เพื่อใช้ในการเคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่า การพาผู้พิการ ไปอาบน้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ชุนหบดี, ชิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, และสุนทรีภรณ์ ทองไสย (2556) ที่ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลต้องการ ความช่วยเหลือจากท้องถิ่นในการอำนวยความสะดวก ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อมารับบริการ การหารถเข็น หรือเตียง ทั้งนี้เป็นเพราะบางพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สามารถอำนวยความสะดวกให้ได้ แต่บางพื้นที่ยังไม่สามารถ

จัดบริการให้ได้ตามความต้องการ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนน เฉลี่ยปัญหาด้านผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจ เนื่องจากผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และในครอบครัว ไม่มีญาติหรือสมาชิกอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจ เกิดจากสถานะทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัวยุค สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ จันทรา (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้าง ทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงสำหรับนักศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า เครียด และท้อแท้ ขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เรื่องโภชนาการ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และ ค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลเอง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิก ในครอบครัวได้ร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ซึ่งส่วนใหญ่ มีรายได้พอใช้ ทำให้ปัญหาในการดูแลด้านค่าใช้จ่ายอยู่ใน ระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่อง จากที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแล มีประสบการณ์ตรงในการดูแลและสามารถแก้ปัญหา บางอย่างที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยเป็นต้นบ้างซึ่งถึงประสบการณ์และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า ยิ่งระยะเวลา ยาวนาน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการให้คำแนะนำด้าน สุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเองที่แสวงหา ข้อมูล กำหนดแนวทางแก้ปัญหา และมีการปรับตัว ทำให้ คุ้นเคยกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจมีครอบครัว/

ญาติพี่น้องมาช่วยมือช่วยเท้าสนับสนุน (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการจัดการในครอบครัวในระดับน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ทำให้สามารถจัดการในครอบครัวได้ระดับหนึ่ง ประกอบกับมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร มากที่สุด รองลงมา คือ เป็นมารดา/บิดา และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวส่วนหนึ่งที่ไม่ใช่ผู้ผลิตเปลี่ยนในการดูแล ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเองเกือบทั้งหมด และยังคงทำหน้าที่ในการหารายได้ให้แก่ครอบครัวด้วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับที่วจนา ลีละพัฒนะ และสายพิณ หัตถ์รัตน (2558) กล่าวว่า หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ จะเกิดความเหนื่อยล้า เพราะภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความเครียดสูง อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีสุขภาพของตนเองในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง เมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้ ในระดับน้อย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า แม้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสรับฟังสาระต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางสุขภาพ แต่พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนไม่มาก ประกอบกับการมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของผกายมาศ

กิตติวิทยากุล และวันดี ชูณหวิภักดิ์ (2551) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม โดยอธิบายถึงความต้องการ การปรับตัว ที่ต้องการอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่ต้องการทราบหรือปัญหานั้น ๆ ก็จะลดน้อยลง

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ในส่วนกระบวนการเยี่ยมบ้าน พบว่า ทีมสุขภาพได้ให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม แต่ยังพบปัญหาเรื่องการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะข้อติดและการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะข้อติด ซึ่งจะยิ่งทำให้การบริหารมีความยากลำบากยิ่งขึ้น ประกอบกับเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่ง พบว่า ความหวังของผู้ดูแลที่หวังว่าผู้ป่วยจะกลับมาเคลื่อนไหวได้นั้นลดลง จึงทำให้ไม่มีการบริหารเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญवास และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือให้หม้อเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ่อย ๆ เพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และให้การพยาบาลบางอย่างที่ผู้ดูแลทำเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหาร การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกาย การทำแผลกดทับ ส่วนผู้ดูแลบางคนที่ทำแผลกดทับได้เอง ก็ต้องการวัสดุ เช่น น้ำยาต่าง ๆ ครีมทาแผลกดทับ ผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านหลายคน ผู้ดูแลต้องใช้บริการแบบเรียกเก็บเงินจากผู้ที่มาให้บริการ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร และทำแผลที่บ้าน ซึ่งในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านยังมีปัญหาหลายประการที่ต้องได้รับการแก้ไขจากทุกภาคส่วน รวมทั้งการปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงให้

ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ที่มุ่งจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว โดยให้บริการที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการตามแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการ ซึ่งจะสามารถดูแลผู้ป่วยให้เกิดสุขภาวะได้ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารควรมีนโยบายในการสนับสนุนด้านการจัดระบบการเยี่ยมบ้าน โดยให้บุคลากรทางสุขภาพได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ผู้นำชุมชนควรมีการสร้างความร่วมมือกับองค์กรในชุมชนในการจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง และสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแล

1.3 ทีมเยี่ยมบ้านควรมีการประเมินความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของผู้รับบริการ เมื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านไปแล้วระยะหนึ่ง เพื่อเป็นตัวสะท้อนผลลัพธ์ในการดำเนินงาน และเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

## เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, พัทธนี วินิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ, และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2557). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(2), 120-131.
- ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตศุตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- ชลการ ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ถนนท์เมืองอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 155-161.
- ช่อทิพย์ จันทรา. (2560). การพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 60-73.
- นันทสิริ แสงสว่าง, และสุพรรณิ นาคารย์. (2556). การใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 28(1), 41-49.
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุล, และวันดี ชุมหวีกสิต. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(4), 339-347.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นากกุล, และวิชญา ไรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.

ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เป็ยเชื้อ, และสมนึก สกุดหงดีโสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.

วังนา สีละพัฒนะ, และสายพิณ หัตถ์รัตน. (2558). *เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว*. สืบค้นจาก [https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article\\_4](https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4)

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558*. สืบค้นจาก <https://www.m-society.go.th>

อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 53-63.