

ผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน
หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา

The impact of giving knowledge and skills to family caregivers on the quality of life
of homebound elderly at Ban Mai La sub-district health promoting hospital.

(Received: January 13,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: May 4,2025)

รัชฎา เพชรสีหมื่น¹ ธเนศ สังข์ศรี²

Rutchada Phetsimuen¹ Tanes Sangsri²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการแทรกแซงด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้าง
ความสามารถในการดูแลที่บ้านและวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จากการทดลองสองกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบ
การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดลองทั้งหมด 128 ราย เป็นผู้ดูแล
และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวนละ 64 ราย ตามลำดับ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนละ 32 ราย ตามลำดับ การ
ทดลองใช้ระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้และการสาธิตทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลที่บ้านวัดผลก่อนและหลังด้วยแบบ
ประเมินความรู้และทักษะและวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS การศึกษา
นี้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกในกลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) และจำนวนผู้ดูแลมีทักษะที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น 80% ($p < 0.001$) นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) คือ มีค่า Utility score และค่าคะแนน EQ-
VAS เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of an intervention that provided caregivers with knowledge and skills
training to enhance their home caregiving abilities and measure health-related quality of life among homebound
elderly people. It was a two-group experiment in a quasi-experimental research design. This study included 128
samples: 64 caregivers and 64 homebound elderly people, separated into experimental and control groups of each.
The 1-month trial consisted of training and demonstration of caregiving skills for home caregivers, pre-and post-tests
using knowledge and skills assessments, and health-related quality of life measurements of homebound elderly using
the EQ-5D-5L and EQ-VAS instruments. This study showed favorable results in the intervention group, including
improved caregiver knowledge ($p < 0.001$) and an 80% ($p < 0.001$) rise in the number of caregivers with correct skills.
In addition, the health-related quality of life of homebound elderly rose ($p < 0.001$), with increases in utility scores and
EQ-VAS scores.

Keywords: Home-bound elder, health-related quality of life, caregiver

บทนำ

เมื่ออายุมากขึ้นกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะ
ประสบกับสภาวะต่าง ๆ ได้แก่ สูญเสียการได้ยิน ต้อ
กระจกและสายตาดำมืด ปวดหลังและคอ และโรค

ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ภาวะ
ซึมเศร้า และอาการหลงลืม ในเวลาเดียวกันนี้ผู้สูงอายุ
ยังมีลักษณะของภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนหลายอย่างที่เป็น
เป็นกลุ่มอาการของผู้สูงวัยมักเป็นผลจาก

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา ตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

ปัจจัยพื้นฐานหลายประการรวมถึงความเปราะบาง ปัสสาวะเล็ด หกล้ม เพื่อ และแผลกดทับ¹ ประเทศไทย มีการเพิ่มอัตราการพึ่งพิงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home-bound elder) ซึ่ง ปัญหาที่พบได้บ่อยคือการขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลขาด ทักษะ และคนในครอบครัวต้องประกอบอาชีพหา เลี้ยงคนในครอบครัวจึงทำให้ความต้องการไม่ได้รับการ ตอบสนองเท่าที่ควร² ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ (health-related quality of life; HRQoL) ของคนกลุ่มนี้ลดลงและอาจส่งผลด้านลบในระยะ ต่อไป

กลยุทธ์ที่สำคัญคือการสนับสนุนการฟื้นฟูทาง กายภาพให้กับประชากรกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจากคน ใกล้ตัวหรือคนในครอบครัวที่ได้รับความไว้วางใจเป็น ตัวแปรสำคัญในการส่งเสริม HRQoL ซึ่งพบว่าใน ระยะแรกของการดูแลจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็น ปัจจัยหลัก ดังนั้น การส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลจึงเป็น กลยุทธ์ที่จะต้องดำเนินการเป็นลำดับแรกเนื่องจาก ความต้องการในด้านการสนับสนุนดูแลต่าง ๆ เช่น การช่วยพยุงเดิน การดูแลด้านอาหารตามหลัก โภชนาการ การพุงเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำหรือชำระ ร่างกาย การป้องกันแผลกดทับ การดูแลด้านกายภาพ ที่บ้าน และการจัดรถรับส่งไปพบแพทย์ โดยเฉพาะ ผู้ดูแลที่มีทักษะจากการฝึกอบรมจากกระทรวง สาธารณสุข (Care giver) ได้แก่ ทักษะการใส่ NG- tube การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ทักษะการทำแผล ทักษะชำระร่างกายให้สะอาด และ ทักษะการออกกำลังกายบำบัด เป็นต้น^{2,3} เป็นทักษะที่ จำเป็นในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ซึ่งปัญหาของผู้ดูแล ในชุมชนที่จะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและปัญหา ด้านรายได้น้อยจึงไม่ให้ความสนใจหรือให้ความ ร่วมมือในการอบรม Caregiver หากปล่อยไว้ระยะยาว จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL ลดลง จึง จะต้องค้นหาวิธีการเร่งด่วนเพื่อแก้ไขเป็นปัญหา ดังนั้น การเข้าแทรกแซงกระบวนการดูแลโดยส่งเสริม ผู้ดูแลให้เกิดทักษะและประสบการณ์การฟื้นฟู สมรรถภาพเป็นวิธีการที่เห็นผลลัพธ์^{2,3} เช่น การ จัดรูปแบบการส่งเสริมเชิงรุกให้กับผู้ดูแลที่บ้านเป็น

วิธีการที่ส่งผลลัพท์ด้านบวกให้กับผู้ป่วยติดบ้านได้ อย่างมีนัยสำคัญโดยส่งผลให้ HRQoL ดีขึ้นแม้จะใช้ เวลาในการส่งเสริมเพียงแค่ 1 เดือน เท่านั้น^{4, 5} สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว ต่อการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ⁶ ผู้ดูแลจะต้องตระหนักรู้ เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุและการส่งเสริมการฟื้นฟูที่มี ประสิทธิภาพ^{7,8}

โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพที่แย่งหรืออาการทุพพลภาพจนกลายเป็น ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จากรายงานวิจัยก่อนหน้า พบว่า HRQoL ของผู้ป่วย Stroke สามารถประเมินได้ ด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L และ EQ-VAS ที่สร้าง ขึ้นโดย EuroQol Group 5-Dimension (EQ-5D) เป็น แบบประเมินที่ได้นำไปใช้และตรวจสอบแล้วในผู้ป่วย Stroke⁹ ผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและฟื้นฟูสุขภาพที่ บ้านหลังจากระยะเวลา 3 เดือน จะมี HRQoL ลดลง ดังนั้น การกำกับติดตาม HRQoL ของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตจึงใช้เป็นตัวบ่งบอกถึง HRQoL ของผู้ป่วย โรคเรื้อรังภายหลังการพักฟื้นที่บ้านและหากไม่มีการ ช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลจะส่งผลให้ประชากร กลุ่มนี้ยังมีสุขภาพแย่งและมีอาการรุนแรงขึ้นบาง รายอาจมีอาการแย่งจนมีสภาพเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและครอบครัว¹⁰⁻¹⁴

จากสถิติของตำบลหินหนืดก อำเภอร่อน พิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3,192 ราย¹⁵ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเพื่อจัดจำแนกกลุ่ม จำนวน 2,146 ราย ด้วยดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแล พบว่ามีกลุ่มติด สังคม จำนวน 2,092 กลุ่มติดบ้านจำนวน 32 และ กลุ่มติดเตียง 10 คน ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่ยังจำเป็นต้องได้รับการความช่วยเหลือ จากผู้ดูแลและเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมสังคม ในเขต บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านไม้หลา ยังพบปัญหาด้านการดูแลเนื่องจากผู้ดูแล ยังขาดทักษะและความชำนาญในมิติต่าง ๆ รวมถึงความ มั่นใจในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลไม่เคยฝึกอบรมใน สถานการณ์จริงร่วมกับพยาบาลครอบครัวทำให้ขาด

ความมั่นใจจึงมีผลให้การดูแลเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพ¹⁶ การแก้ปัญหาโดยการจัดการเชิงรุกโดยการเข้าแทรกแซงกระบวนการพยาบาลที่บ้านมุ่งเน้นที่ผู้ดูแลเชิงปฏิบัติการเพื่อมุ่งหวังให้มี HRQoL ที่ดีขึ้น² จึงเป็นวิธีการที่นำมาทดลองในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการ รพ.สต. บ้านไม้หลา

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของการแทรกแซงด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลที่บ้านและวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ออกแบบการทดลองเป็นสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านวัดผลโดยการทดสอบวัดความรู้และประเมินทักษะการดูแลและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life; HRQoL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านไม้หลา ตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อาศัยในเขตตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ มีคะแนน Barthel ADL Index (BAI) อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน อยู่ในเขตหน่วยบริการ รพ.สต.ตำบลบ้านไม้หลา จำนวน 32 คน (ข้อมูลวันที่ 24 กรกฎาคม 2566)¹⁷ อาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 128 คน คือ ผู้ดูแล จำนวน 32 คน และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 32 คน¹⁷ คำนวณกลุ่มทดลอง (Case)/กลุ่มควบคุม (Control) เป็น 1:1 ได้กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่

อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตบริการของ รพ.สต. บ้านถลุงทอง จำนวนละ 32 คน ตามลำดับ

เครื่องมือในการทดลอง

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลการทดลองในครั้งนี้ ได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บข้อมูลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย (1) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลของผู้ดูแล (2) แบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่จำนวน 15 ข้อ ซึ่งจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า^{3, 18, 19} และ (3) แบบประเมินทักษะการดูแลเป็นแบบประเมินทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันตามกิจกรรมที่ได้ฝึกอบรมเพื่อวัดทักษะการดูแลตามจุดประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ ทักษะการใส่ NG-tube ทักษะการทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ทักษะการทำแผล ทักษะการชำระร่างกายให้สะอาด และทักษะการถ่ายภาพบาด โดยให้คะแนนตามผลการปฏิบัติงาน คือ 0 = ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูก 1 = ปฏิบัติถูก และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าผลรวมให้คะแนนการผ่านทักษะในการปฏิบัติการแต่ละกิจกรรม^{3, 18, 19} 2) เครื่องมือวัด HRQoL สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้เครื่องมือ 2 แบบ คือ EQ-5D-5L และแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale; VAS)^{13, 20, 21}

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้และทักษะของผู้ดูแลมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) จากการประเมินของพยาบาลชำนาญ ด้านการพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 3 ท่าน และจากการนำไปทดสอบกับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 20 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Kuder Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.80 ส่วน แบบวัดค่า HRQoL ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้เครื่องมือ EQ-5D-5L ที่ขออนุญาตจาก EuroQoL Group ผ่านทางเว็บไซต์ EuroQoL Group (<https://euroqol.org/support/how-to-obtain-eq-5d/>) และ VAS กำหนดค่า 0-100 โดย 0 แปลผลคือการมีสุขภาพ ณ ขณะนั้นต่ำที่สุด และ 100 คือ

การมีสุขภาพ ณ ขณะนั้นมากที่สุด โดยแสดงผลเป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility score) เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ โดยค่า utility score เท่ากับ 1 แสดงถึงสุขภาพสมบูรณ์ และ 0 แสดงถึงการเสียชีวิต และ -1 แสดงถึงสภาวะที่แย่กว่าเสียชีวิต (worse than dead) โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.9339²² คำนวณคะแนนอรรถประโยชน์โดยใช้โปรแกรมดาวนโหลดได้ที่ <http://www.hitap.net/documents/8976240>²³

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามกระบวนการที่จัดไว้ตามวัตถุประสงค์การทดลอง และเก็บข้อมูลเป็นรายกรณี ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ เก็บข้อมูลประชากรของผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Pretest) ขั้นตอนต่อไป คือ ผู้วิจัยประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล (ปฏิบัติ) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทำแบบประเมิน HRQoL โดยใช้แบบเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS (ก่อนทดลอง) ขั้นตอนต่อไป คือ ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมภาคทฤษฎีโดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ฝึกอบรมภาคปฏิบัติการดูแลด้านทักษะต่างๆ ในสถานการณ์จริง เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง และฝึกจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ ดำเนินการต่อเนื่องตามกระบวนการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง

กลุ่มควบคุม คือ เก็บข้อมูลประชากรของผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Pretest) ขั้นตอนต่อไป คือ ผู้วิจัยประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล (ปฏิบัติ) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทำแบบประเมิน HRQoL โดยใช้แบบเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS

ระยะหลังทดลอง

ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Posttest) และได้รับการประเมินทักษะการดูแล (ปฏิบัติ) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งสองกลุ่ม

ประเมิน HRQoL ด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นรหัส (Code) แทนการการระบุตัวบุคคลและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.4.2 (<https://www.r-project.org>) แสดงผลเป็นข้อมูลสถิติเบื้องต้น เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนหลังด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มสองกลุ่มด้วยด้วยสถิติ t-test (t-independent) กำหนดความน่าเชื่อถือที่ระดับ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ภายใต้เอกสารรับรองเลขที่ E-17/2567

ผลการทดลอง

ลักษณะประชากร

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมมีอัตราส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (กลุ่มทดลอง 84.4% และกลุ่มควบคุม 71.9%) มีอายุเฉลี่ย 55.56 ± 12.09 (Q1 = 51.25, Q3 = 61.25) และ 54.38 ± 12.58 (Q1 = 47, Q3 = 62) ตามลำดับ มีคู่สมรส (59.4% และ 84.4%) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (53.1% และ 46.9%) เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (78.1% และ 75%) มีอาชีพทำการเกษตร (31.2% และ 34.4%) มีรายได้ $\geq 5,000$ บาท (68.8% และ 50%) ไม่มีโรคประจำตัว (59.4% และ 65.6%) สามารถใช้เวลาในการดูแลได้มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (90.6% และ 71.9%) และความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรหลาน (84.4% และ 75%) จากการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่าประชากรของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกันจึงเป็นกลุ่มประชากรที่เหมาะสมในการนำมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อวัดผลของโปรแกรมในการศึกษานี้

ผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแล
หลังจากการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าความรู้
ของผู้ดูแลปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) ใน

ขณะเดียวกันความรู้ของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมไม่มี
ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ($p = 0.856$)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังทดลอง (n=64)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
ก่อนทดลอง	12.59 ± 1.93	12.53 ± 1.22
หลังทดลอง	14.03 ± 0.69	12.50 ± 1.22
Paired t-test	$p < 0.001$	$p = 0.856$

ผลลัพธ์ด้านทักษะการดูแล

ผลลัพธ์ด้านทักษะการดูแลพบว่าหลังจากที่
ผู้ดูแลเข้าร่วมทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ในการฝึกทั้ง 5
ทักษะดังแสดงในตารางที่ 2 ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าจำนวน
ผู้ดูแลร้อยละ 80 ผ่านการประเมินทักษะแต่ละด้าน

($p < 0.001$) ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ผ่านการ
ประเมินทักษะแต่ละด้านมีจำนวนไม่เกินร้อยละ 50
เท่านั้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ดูแลที่ผ่านการประเมินทักษะการดูแลก่อนและหลังทดลอง (n=64) ด้วยการ
วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

ทักษะ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)
การใส่ NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง	ก่อนทดลอง	1	4
	หลังทดลอง	27	4
	p-value	< 0.001	1.000
การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	0	2
	หลังทดลอง	26	0
	p-value	< 0.001	0.1606

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ดูแลที่ผ่านการประเมินทักษะการดูแลก่อนและหลังทดลอง (n=64) ด้วยการ
วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test (ต่อ)

ทักษะ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)
การทำแผล	ก่อนทดลอง	2	4
	หลังทดลอง	28	4
	p-value	< 0.001	1.000
การทำความสะอาด	ก่อนทดลอง	3	15
	หลังทดลอง	27	15
	p-value	< 0.001	1.000
การถ่ายภาพบาด	ก่อนทดลอง	9	10
	หลังทดลอง	27	10
	p-value	< 0.001	0.5853

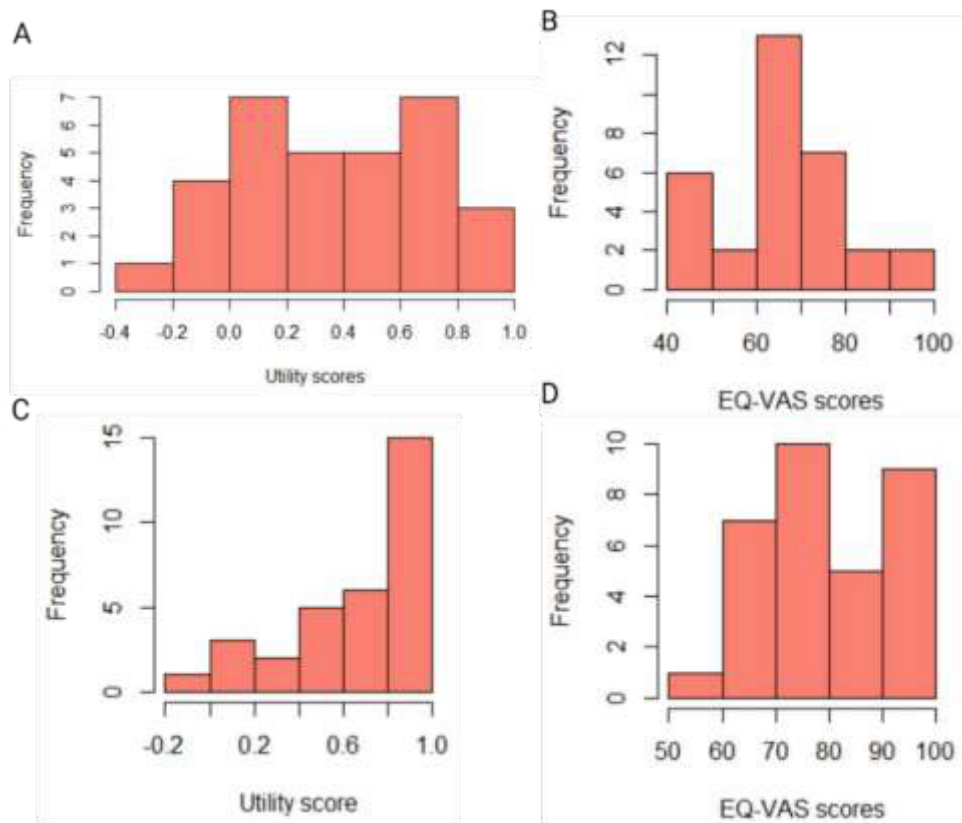
ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQoL) แผลผลมาจากการประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งแสดงผลเป็นค่า Utility score และค่าคะแนน EQ-VAS พบว่าก่อนเข้าร่วมทดลองผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้มีค่า Utility score เฉลี่ยเท่ากับ 0.37 ± 0.34 และมีค่า EQ-VAS เฉลี่ยเท่ากับ 69.84 ± 13.94 โดยการกระจายของค่า Utility score และค่า EQ-VAS ไปทางซ้ายแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL ต่ำ ในทางกลับกันหลังจากระยะเวลา 1 เดือน ค่า Utility score เพิ่มขึ้นเป็น 0.68 ± 0.33 ($p = 0.0004$) และมีค่า EQ-VAS เพิ่มขึ้นเท่ากับ 83.75 ± 13.20 ($p = 0.0002$) โดยมีการกระจายของค่า Utility score และค่า EQ-VAS ไปทางขวา แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL ที่ดีขึ้น (ภาพที่ 1 และ 2) ในขณะที่

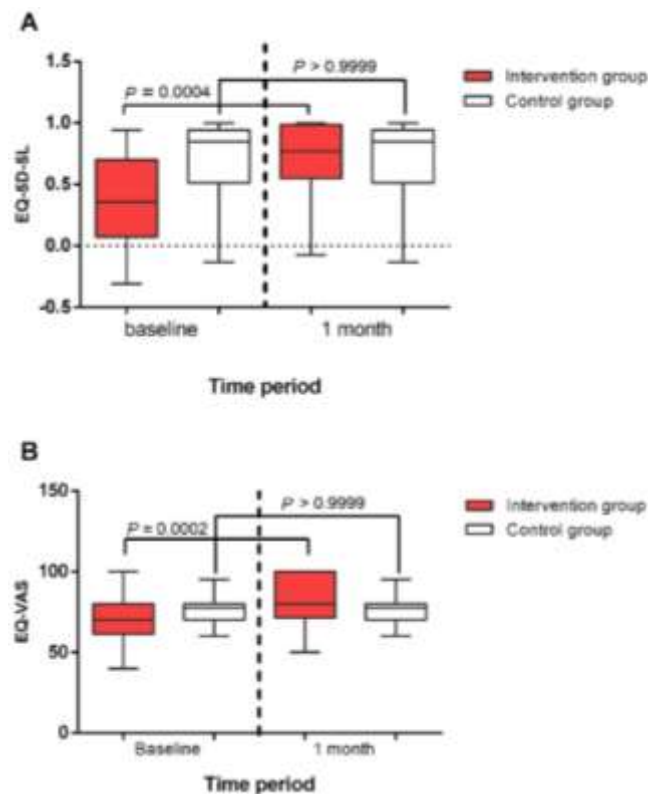
กลุ่มควบคุมพบว่าหลังจากผ่านไป 1 เดือน ไม่มีพบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (ภาพที่ 2)

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นครั้งแรกของการศึกษาเชิงทดลองในการเข้าแทรกแซงเชิงรุกโดยใช้รูปการพยาบาลให้กับผู้ดูแลในชุมชนของตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งบรรลุเป้าหมายในการแทรกแซงด้วยกระบวนการพยาบาลเชิงรุกที่มุ่งเน้นที่ผู้ดูแลเป็นหลัก ด้วยการเสริมความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง ผลลัพธ์ในงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระยะยาวและอาจนำไปใช้ในพื้นที่ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ในที่สุด



ภาพที่ 1 (A และ B) แสดงค่า Utility score จากการประเมินด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และค่าคะแนน EQ-VAS ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนการทดลอง ($n = 32$) ตามลำดับ; (C และ D) แสดงค่า Utility score และค่าคะแนน EQ-VAS ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการทดลอง ($n = 32$) ตามลำดับ



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-5D-5L (A) และค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS (B) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการทดลองระยะเวลา 1 เดือน

คำอธิบายที่เป็นไปได้ คือ รูปแบบการสอนแบบพบหน้าและการฝึกทักษะแบบสาธิตที่ให้กับผู้ดูแลที่บ้านซึ่งเป็นการสอนให้ปฏิบัติและทำตามคำแนะนำที่สามารถให้คำชี้แนะข้อผิดพลาดและสอบถามข้อสงสัยได้ในทันทีและมีการโต้ตอบกันระหว่างผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นต่าง ๆ ที่ยังเป็นข้อสงสัยได้แก้ไขอย่างทันท่วงทีและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น และเป็นผลสืบเนื่องให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทักษะในการดูแลที่บ้านเป็นตัวแปรหลักของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีมิติต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดการฟื้นตัวที่อาศัยความใส่ใจและความต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังอาศัยการตัดสินใจคาดการณ์ล่วงหน้าในการปฏิบัติด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มนี้ในระยะยาว ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถใช้เป็นกลยุทธ์ใน

รูปแบบบูรณาการเชิงรุกที่ง่ายต่อการนำไปใช้บริการด้านสุขภาพในบริบทท้องถิ่น กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยในตำบลหินตกส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเป็นหลักซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มากกว่าเพศชายแต่อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการเพิ่มพูนทักษะก็ไม่มีผลในทางบวกต่อระดับ HRQoL ที่แสดงให้เห็นในผลลัพธ์ของกลุ่มควบคุมในการทดลองครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถใช้เวลาในการดูแลตั้งแต่ 12 ถึง 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกันเนื่องจากการอยู่กับประชากรกลุ่มนี้เป็นเวลานานทำให้เกิดความเบื่อใจในตัวของผู้ดูแลและมีความรู้สึกเป็นที่ยึดติดตลอดเวลาทำให้เกิดกำลังใจไม่คิดว่าถูกทอดทิ้งด้วยการเคียงข้างตลอดเวลาโดยไม่ปล่อยให้อยู่เพียงลำพัง⁵ จากการสังเกตพบมาก่อนเข้าร่วมการทดลองผู้ดูแลมีความเครียดเนื่องจากรายได้ของครอบครัวที่ต่ำและจะต้องรับจ้างทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเหลือหัวหน้า

ครอบครัวผนวกกับการดูแลที่ต้องทำไปพร้อมกัน แต่หลังจากได้รับการช่วยเหลือจากงานวิจัยครั้งนี้ทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น การจัดการแทรกแซงด้วยการพยาบาลที่มีแผนการที่มีเอกสารและการช่วยเหลือและส่งเสริมผู้ดูแลตามทักษะต่าง ๆ เป็นวิธีการที่มีผลสมฤทธิ์เป็นอย่างมาก^{5, 6, 8, 13, 19, 24-30} นอกจากนี้ ยังช่วยแก้ไขปัญหาการรับรู้ข้อมูลด้วยตนเองได้น้อยและความต้องการการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกรณีที่ผู้ดูแลมีจบการศึกษาเพียงชั้นประถม ซึ่งการจัดโปรแกรมเชิงรุกในการให้การศึกษาแก่ผู้ดูแลเพื่อทำความเข้าใจและให้คำแนะนำโดยตรงขณะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายมากขึ้น³¹ เช่นเดียวกับการทดลองที่จัดทำให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเยื่อหุ้มสมอง และผู้ป่วย Stroke ซึ่งสามารถเพิ่มระดับความรู้ได้จากการสนับสนุนข้อมูลควบคู่ไปกับการสาธิต^{5, 32} สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ในครั้งที่ผู้ดูแลได้ฝึกฝนทักษะการใส่ NG-tube การทำแผล การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลความสะอาดร่างกาย และการทำกายภาพบำบัดเป็นรูปแบบการสอนแบบรายบุคคลและทบทวนให้เห็นถึงความสำคัญขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบมาตรฐานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดและเห็นผลลัพธ์ของการแทรกแซงในการเสริมพลังความไว้วางใจในการดูแล^{26, 33, 34}

การให้ความรู้เป็นการปูพื้นฐานที่ทำให้ผู้ดูแลนำไปพัฒนาทักษะการดูแลด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องและพัฒนาตนเองได้อย่างรวดเร็วและทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกันผลลัพธ์ของงานวิจัยก่อนหน้านี้²⁴ จากการถอดบทเรียนผลลัพธ์ที่ได้ในครั้งนี้ทำให้เห็นประสิทธิผลของการแทรกแซงด้วยกระบวนการพยาบาลเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมที่บ้านของผู้ดูแลเป็นส่งเสริมและสนับสนุนสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานและที่สำคัญคือการได้เรียนรู้ในขณะที่มีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์โดยใช้เวลาในระยะสั้นเท่านั้น เช่นเดียวกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่สามารถเปลี่ยนผู้สูงอายุติดบ้านให้กลายเป็นติดสังคมได้³⁰ และผู้ดูแล

มีคุณสมบัติ Caregiver ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{27, 35-37} เป้าหมายการดูแลจึงมุ่งเน้นไปในด้านของสุขภาพร่างกายเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลด้านลบ ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้พบว่ากระบวนการทดลองที่ใช้ในครั้งนี้สามารถเปลี่ยนระดับ HRQoL ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้เพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญโดยใช้เวลาเพียง 1 เดือนเท่านั้น เช่นเดียวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในงานวิจัยของทัศนีย์ และคณะ⁵ ที่ใช้ระยะเวลา 1 เดือน สามารถเพิ่ม HRQoL ของผู้ป่วย Stroke อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยที่มีการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลส่งผลดีด้านบวกให้กับผู้สูงอายุที่เป็น Stroke³⁸ ผลลัพธ์เหล่านี้เป็นตัวสะท้อนให้เห็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลง HRQoL ของประชากรกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องจะช่วยภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{25, 29}

ผลของการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตบริการ รพสต. บ้านไม่หลาในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ให้กลับฟื้นคืนสุขภาพได้ที่บ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปกลับไปเข้าสู่สังคมได้เป็นปกติและมีความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและเป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงของการมีสุขภาพที่แย่ลงที่เกิดจากการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพสามารถนำกระบวนการดูแลที่สร้างขึ้นในครั้งไปปรับใช้ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้กลับมาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนจากกลุ่มประชากรในพื้นที่ตำบลหินตกเท่านั้นโดยการวัดความสามารถของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน เท่านั้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวแปรด้านสุขภาพในระยะกลางและระยะยาว ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทที่เข้มข้นมากขึ้นตามอาการและระยะเวลาที่ต้องใช้ใน

การดูแลเพื่อการฟื้นตัวในขณะที่ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เพื่อผลสัมฤทธิ์อย่างถาวรควรมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวทั้งส่วนของผู้ดูแลโดยมุ่งเน้นด้านทักษะเกี่ยวกับการดูแลและการติดตามผลลัพธ์ด้าน HRQoL ของผู้สูงอายุติดบ้านด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และ EQ-VAS และการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆ เช่น ระดับความเครียดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วม

ของชุมชน และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่มีประโยชน์มากขึ้นและเป็นข้อเสนอแนะต่อนโยบายด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นที่บุคคลเป็นสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการ รพ.สต. บ้านไม้หลา และบ้านถลุงทอง ในการอนุญาตให้ทำวิจัยในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ช่วยติดต่อกับชุมชน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.Konishi T, Sasabuchi Y, Matsui H, Tanabe M, Seto Y, Yasunaga H.(2023). Long-Term Risk of Being Bedridden in Elderly Patients Who Underwent Oncologic Surgery: A Retrospective Study Using a Japanese Claims Database. Ann Surg Oncol. 2023.
- 2.Jarujit S AR, Prachano W.(2019). Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. Journal of Phrapokklao Nursing Colle. 2019;30(1):54-68.
- 3.พิณทิพย์ จำปาพงษ์.(2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(3):85-92.
- 4.Bekdemir A, İlhan N.(2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. J Nurs Res. 2019;27(3):e24.
- 5.ทัศนีย์ เวทยาวงค์กุล, ศิริฉัญญ์ ตัญญูญกิจ, ธเนศ สังข์ศรี.(2567). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):10-20.
- 6.ปิ่นนเรศ ภาศอุดม, ฆนรศ อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, นิมัสสุรา แว.(2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(3):300-310.
- 7.Boonles P, Proarak T, Thaewpia S.(2016). Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province (in Thai). Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen. 2016;23(2):79-87.
- 8.Reckrey JM, Zhao D, Stone RI, Ritchie CS, Leff B, Ornstein KA.(2023). Use of Home-Based Clinical Care and Long-Term Services and Supports Among Homebound Older Adults. J Am Med Dir Assoc. 2023.
- 9.de Graaf JA, Kuijpers M, Visser-Meily J, Kappelle LJ, Post M.(2020). Validity of an enhanced EQ-5D-5L measure with an added cognitive dimension in patients with stroke. Clin Rehabil. 2020;34(4):545-550.
- 10.Cho KA, Cheng MH, Shih WM, Chen SC.(2023). Factors associated with health-related quality of life in gynaecologic cancer survivors with lower limb lymphedema: a cross-sectional study in Taiwan. BMC Womens Health. 2023;23(1):200.
- 11.Lee H, Kim JS.(2023). Factors Affecting the Health-Related Quality of Life of Cancer Survivors According to Metabolic Syndrome. Cancer Nurs. 2023;46(4):294-302.
- 12.Manne S, Devine K, Hudson S, Kashy D, O'Malley D, Paddock LE, et al.(2023). Factors associated with health-related quality of life in a cohort of cancer survivors in New Jersey. BMC Cancer. 2023;23(1):664.
- 13.Mei YX, Zhang ZX, Wu H, Hou J, Liu XT, Sang SX, et al.(2022). Health-Related Quality of Life and Its Related Factors in Survivors of Stroke in Rural China: A Large-Scale Cross-Sectional Study. Front Public Health. 2022;10:810185.

- 14.Wong HJ, Lua PL, Harith S, Ibrahim KA.(2021). Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):210.
- 15.Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office.(2023). Health data center: 10 screenings for the elderly [updated 2023 Sep 30; cited 2024 Jan 12]. Available from: https://nrthdcmophgoth/hdc/reports/reportphp?source=pformatted/format1php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61
- 16.กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.(2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). 2560.
- 17.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) [อินเทอร์เน็ต]. (ข้อมูลวันที่ 24 กรกฎาคม 2566). เข้าถึงได้จาก: <https://ltcnewnhsogoth/ListCarePlanAll>.
- 18.Butimal P, Isaramalai S, R., Thanivattananon P.(2018). Development of Nursing Practice Guideline for Preventing Complications in Bed-Bound Elders at Home. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018;38(3):79-91.
- 19.นาคกุล ณ.(2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2018:36-50.
- 20.Hunger M, Sabariego C, Stollenwerk B, Cieza A, Leidl R.(2012). Validity, reliability and responsiveness of the EQ-5D in German stroke patients undergoing rehabilitation. *Qual Life Res*. 2012;21(7):1205-1216.
- 21.Luo N, Li M, Liu GG, Lloyd A, de Charro F, Herdman M.(2013). Developing the Chinese version of the new 5-level EQ-5D descriptive system: the response scaling approach. *Qual Life Res*. 2013;22(4):885-890.
- 22.Buchholz I, Janssen MF, Kohlmann T, Feng YS.(2018). A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(6):645-661.
- 23.Pattanaphesaj J.(2014). Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]. Mahidol University. 2014.
- 24.Jumpapong P.(2018) Development of bed bound elder care process by family nurses, and participation of family and community party network at Bangpakong districts, Bangpakong, Chachoengsao. *MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL*. 2018;15:85-92.
- 25.Kwon S, Park JH, Kim WS, Han K, Lee Y, Paik NJ.(2018). Health-related quality of life and related factors in stroke survivors: Data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2008 to 2014. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195713.
- 26.Robrujen S.(2017). Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2017;9(3):57-69 (in Thai).
- 27.Supaporn K, Isaramalai SA, Chuchuen U, Manee P.(2023). Effectiveness of home-based palliative care programmes for older people and their family caregivers in Thailand. *Int J Palliat Nurs*. 2023;29(11):518-526.
- 28.Waller A, Forshaw K, Bryant J, Carey M, Boyes A, Sanson-Fisher R.(2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output over time. *Patient Educ Couns*. 2015.
- 29.Yeoh YS, Koh GC, Tan CS, Tu TM, Singh R, Chang HM, et al.(2019) Health-related quality of life loss associated with first-time stroke. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211493.
- 30.สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สมัทนา กลางคาร, รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเล็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):17-29.
- 31.Chambers SK, Girgis A, Occhipinti S, Hutchison S, Turner J, McDowell M, et al.(2014). A randomized trial comparing two low-intensity psychological interventions for distressed patients with cancer and their caregivers. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(4):E256-266.

- 32.Beaver K, Williamson S, Sutton C, Hollingworth W, Gardner A, Allton B, et al.(2017). Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. *BJOG*. 2017;124(1):150-160.
- 33.Mosher CE, Winger JG, Hanna N, Jalal SI, Einhorn LH, Birdas TJ, et al.(2016). Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(4):469-482.
- 34.Sun V, Raz DJ, Ruel N, Chang W, Erhunmwunsee L, Reckamp K, et al.(2017). A Multimedia Self-management Intervention to Prepare Cancer Patients and Family Caregivers for Lung Surgery and Postoperative Recovery. *Clin Lung Cancer*. 2017;18(3):e151-e159.
- 35.Cruz-Oliver DM, Ellis K, Sanchez-Reilly S.(2016). Caregivers Like Me: An Education Intervention for Family Caregivers of Latino Elders at End-of-Life. *MedEdPORTAL*. 2016;12:10448.
- 36.Fleisher JE, Suresh M, Klostermann EC, Lee J, Hess SP, Myrick E, et al.(2023). IN-HOME-PDCaregivers: The effects of a combined home visit and peer mentoring intervention for caregivers of homebound individuals with advanced Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2023;106:105222.
- 37.สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สุมัทนา กลางคาร, รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์.(2019). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยความร่วมมือของชุมชนบ้านหนองเล็ง ต่าบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2019;5(3):17-29.
- 38.Takemasa S, Nakagoshi R, Uesugi M, Inoue Y, Gotou M, Koeda H, et al.(2016). Factors affecting the quality of life of homebound elderly hemiparetic stroke patients with cognitive impairment. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(12):3376-3379.