การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

The Development of a Care Model for Chronically Bedridden Patients Through the District Quality of Life Development Board Mechanism, Phatthalung Province.

(Received: June 18, 2026; Revised: June 27, 2026; Accepted: June 28, 2026)

วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์[1]
Watcharin Srisomphot[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแล และศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2568 เดือนพฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลา 14 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จำนวน 406 ราย โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า ด้านสภาวะสุขภาพ ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงทุกตัวชี้วัด โดยการเกิดแผลกดทับลดลงจากร้อยละ 20.2 เหลือร้อยละ 10.6 การติดเชื้อที่ต้องได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 15.8 เหลือร้อยละ 7.6 ภาวะโภชนาการเสี่ยงลดลงจากร้อยละ 29.1 เหลือร้อยละ 19.2 การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนลดลงจากร้อยละ 12.6 เหลือร้อยละ 6.2 และการส่งต่อฉุกเฉินหรือส่งต่อเร่งด่วนลดลงจากร้อยละ 9.4 เหลือร้อยละ 4.4 โดยทุกตัวชี้วัดเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านคุณภาพชีวิต ด้านระบบการดูแล มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นจากก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเตียง, รูปแบบการดูแล, กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research and development study aimed to investigate the situation of care for bedridden chronically ill patients in Phatthalung Province; to examine the model of care for bedridden chronically ill patients through the district-level quality of life improvement mechanism; to study the process of developing the care model; and to examine the results of developing care for bedridden chronically ill patients through the district-level quality of life improvement mechanism in Phatthalung Province. The research was conducted from April 2025 to May 2026, a total of 14 months. Sample size were 406 bedridden patients with chronic illnesses, selected using stratified random sampling based on inclusion criteria. Data was collected from evaluation forms. Data was collected from assessment forms and analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics.

The study results showed that, regarding health status, after implementing the model, patients experienced a decrease in complications and adverse events across all indicators. Pressure ulcers decreased from 20.2% to 10.6%, infections requiring treatment decreased from 15.8% to 7.6%, nutritional risk decreased from 29.1% to 19.2%, unplanned hospital readmissions decreased from 12.6% to 6.2%, and emergency or urgent referrals decreased from 9.4% to 4.4%. All indicators showed statistically significant

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

changes at the .05 level. When considering individual aspects, depression in patients, depression in caregivers, ability to perform daily activities, quality of life, and the care system showed statistically significant improvements at the .05 level compared to before implementation.

Keywords: Bedridden patients, Care model, District-level quality of life improvement mechanism, Quality of life

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มดังกล่าวทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องรองรับความต้องการด้านการดูแลระยะยาวมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะติดเตียงจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว[1] โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ ภาวะพึ่งพิง และเข้าสู่ภาวะติดเตียง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งเพิ่มภาระของครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ[2]

สถานการณ์โรคเรื้อรังในจังหวัดพัทลุง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีอัตราป่วย 2,040.65 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 2,247.43 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 2,277.05 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2567 มีอัตราป่วย 2,290.21 ต่อแสนประชากร ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 สะท้อนให้เห็นว่าภาระโรคเรื้อรังในจังหวัดพัทลุงยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[3] สอดคล้องกับข้อมูลระดับอำเภอที่พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 1,625.74 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1,692.57 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566[4]

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังดังกล่าวสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และเข้าสู่ภาวะติดเตียง จากข้อมูลพื้นที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 11.02 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการถาวร การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาระยะยาว[3,4]

แม้ระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง แต่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพเพียงลำพัง เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรในครัวเรือน การดูแลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ใน

พื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. เป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีบทบาทในการกำหนดประเด็นปัญหาสำคัญของอำเภอ วางแผนการดำเนินงาน ระดมทรัพยากร ประสานภาคีเครือข่าย และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง[5] ดังนั้น กลไก พชอ. จึงมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพ ระบบสังคม และชุมชน โดยเฉพาะการสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน การจัดระบบส่งต่อ การสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็น การเสริมพลังผู้ดูแล และการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยอาศัยการบูรณาการของหลายภาคส่วนผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถยกระดับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความต่อเนื่อง มีส่วนร่วม และยั่งยืนในระดับอำเภอและระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพดีขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน และระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและขยายผล ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลา 10 เดือน ทั้งนี้ ระยะที่ 1 มุ่งศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียน กำหนดกิจกรรม กำหนดบทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทดลองใช้รูปแบบนำร่อง และสรุปบทเรียนจากการดำเนินงาน ส่วนระยะที่ 2 มุ่งทบทวน ปรับปรุง ขยายผล ดำเนินการตามรูปแบบ และสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในพื้นที่จังหวัดพัทลุงครบทั้ง 11 อำเภอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุง จากการสำรวจบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เบื้องต้นทั้งสิ้น 2,847 ราย กระจายอยู่ในพื้นที่ 11 อำเภอ โดยมีผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และได้รับการคัดเลือกจากประชากรผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงทั้งหมด จำนวน 2,847 ราย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran[6] สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรขนาดใหญ่ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่า Z เท่ากับ 1.96 กำหนดสัดส่วนของประชากรที่คาดว่าจะพบลักษณะที่ศึกษาเท่ากับ 0.50 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 384 ราย

เนื่องจากประชากรจริงมีจำนวนจำกัด คือ 2,847 ราย ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแก้ไขประชากรจำกัด (Finite Population Correction) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบถ้วนระหว่างการวิจัย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 406 ราย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 406 ราย โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)ตามเกณฑ์คัดเข้า ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 และใช้ติดตามประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในระยะที่ 2 เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เป็นกระบวนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์จริงของพื้นที่ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็น การถอดบทเรียนการดำเนินงานเดิม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดพัทลุง และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงได้อย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง การถอดบทเรียนและกำหนดกิจกรรมของรูปแบบการดูแล การกำหนดบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินการตามรูปแบบนำร่อง และการสรุปผลการดำเนินงานจากระยะวิจัย เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นฐานในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ประกอบด้วย การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมในรูปแบบการดูแล การดำเนินการตามกิจกรรมของรูปแบบในพื้นที่ขยายผล และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และสามารถขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง หมายถึง ชุดกิจกรรมและกลไกการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นเพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงให้มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวกำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย โดยครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาและเสริมพลังผู้ดูแล การส่งต่อและประสานทรัพยากร และการขับเคลื่อนเชิงระบบผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระของผู้ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เนื้อหาของคู่มือครอบคลุมการประเมินภาวะพึ่งพิง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันแผลกดทับ การดูแลด้านโภชนาการ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลด้านจิตใจ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อเมื่อพบภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อใช้ศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.2 แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ทั้งฉบับผู้ป่วยและฉบับผู้ดูแล

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบบันทึกการดูแลประจำวัน

2.6 แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ แบบประเมินใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาและปรับใช้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ ด้านการพยาบาล และด้านสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทพื้นที่จริง จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC)

การแปลผลค่า IOC กำหนดให้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ามีความสอดคล้องและสามารถนำไปใช้ได้ ผลการตรวจสอบพบว่า เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับใช้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และมีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ

สำหรับแบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการตรวจสอบคุณภาพและ

ใช้แพร่หลายในประเทศไทย ผู้วิจัยใช้ฉบับมาตรฐานตามแนวทางที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด และอ้างอิงค่าคุณภาพเครื่องมือจากการศึกษาหรือเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์แล้ว

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ภายหลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาและปรับใช้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่นอกจังหวัดพัทลุง เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนของข้อมูลในพื้นที่ศึกษา และเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถาม ความเข้าใจของผู้ตอบ ระยะเวลาในการตอบ และความเหมาะสมของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเชิงปริมาณที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาความครอบคลุมของประเด็นคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า ประกอบด้วยการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และบันทึกการดำเนินงาน เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อค้นพบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

โดยสรุป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ดำเนินการตามรูปแบบ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมด้านวิชาการ เครื่องมือวิจัย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1.1 จัดทำโครงร่างการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง การดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่บ้าน บทบาทของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำมากำหนดปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด ตัวแปร ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 จัดทำและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารประกอบการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้แก่ โครงร่างการวิจัย เครื่องมือวิจัย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย หนังสือแสดงความยินยอม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณารับรองก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. ขั้นดำเนินการวิจัยตามโครงสร้าง Research–Development

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโครงสร้างการวิจัยและพัฒนา 2 ระยะ รวม 8 ขั้นตอน ดังนี้

2.1ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

เป็นระยะการศึกษาสถานการณ์ การถอดบทเรียน การกำหนดกิจกรรมและบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนการทดลองดำเนินการตามรูปแบบเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนที่ 2 ถอดบทเรียนและกำหนดกิจกรรมของรูปแบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงนำร่อง

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลในระยะวิจัย

2.2 ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

เป็นระยะการทบทวน ปรับปรุง ขยายผล ไปใช้ได้จริงในพื้นที่จังหวัดพัทลุงครบทั้ง 11 อำเภอ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 ทบทวน ปรับปรุง และขยายผลกิจกรรมในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงครบ 11 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนที่ 8 สรุป แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIRB-2568/445 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2568ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย สภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย (9Q) ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล (9Q) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การเปรียบเทียบ ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย สภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย (9Q) ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล (9Q) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)

และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ด้วยสถิติในกลุ่ม parametric และ non-parametric ในกรณีที่ไม่เข้าเงื่อนไขของ parametric

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงจังหวัดพัทลุง

สาเหตุหลักของการติดเตียง พบว่าสาเหตุสำคัญคืออัมพฤกษ์หรืออัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อมหรือชราภาพ จำนวน 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรค โดยพบผู้ป่วยที่มีโรคร่วม 2 โรคมากที่สุด จำนวน 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคือมีโรคร่วม 3 โรค จำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.8 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.4 และโรคเบาหวาน จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.2 นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเตียงมากกว่า 36 เดือน จำนวน 130 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.0 โดยมีระยะเวลาติดเตียงเฉลี่ย 31.0 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.6 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนทางสุขภาพและต้องการการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลเดิมจากข้อมูลเชิงคุณภาพ จำแนกได้ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงและระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว และความต้องการเชิงพัฒนา โดยประเด็นที่พบเด่นชัด ได้แก่ ปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงและระบบบริการสุขภาพ และความต้องการเชิงพัฒนา ซึ่งสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงยังมีข้อจำกัดทั้งด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ความต่อเนื่องของการดูแล การส่งต่อ การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ความรู้และทักษะของผู้ดูแล รวมทั้งการระดมทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย 2) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล 3) การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่อง 4) การเสริมพลังผู้ดูแล 5) การส่งต่อและประสานทรัพยากร 6) การกำกับติดตามผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน และ 7) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงระบบ

3. การพัฒนารูปแบบและการขยายผล

โดยมีแนวทางสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ การบรรจุประเด็นผู้ป่วยติดเตียงในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ การใช้กองทุนและทรัพยากรในพื้นที่สนับสนุนการดูแล และการพัฒนาระบบข้อมูลร่วมเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง

4. ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงใน 11 อำเภอ

ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ภายหลังการขยายผลรูปแบบให้ครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ พบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบการดูแลในพื้นที่ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จำนวน 406 ราย ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่ประกอบด้วยการคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการประสานทรัพยากรผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่งผลให้การดูแลมีความเป็นระบบต่อเนื่อง และมีภาคีเครือข่ายร่วมรับผิดชอบมากขึ้น

เมื่อพิจารณารายด้าน ภายหลังดำเนินการพบว่า ด้านสภาวะสุขภาพ ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และด้าน

คุณภาพชีวิต พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน และ ไม่พบผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ผลดังกล่าวสะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแล มีแนวโน้มช่วยประคับประคองและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงได้ ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงมีความต่อเนื่องและมีภาคีเครือข่ายร่วมรับผิดชอบมากขึ้น การใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลางช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายอื่น โดยมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนขึ้น ทั้งด้านการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การส่งต่อ การประสานทรัพยากร และการติดตามผลลัพธ์ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงเปลี่ยนจากการพึ่งพาหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ไปสู่การดูแลแบบบูรณาการที่มีครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงสะท้อนความจำเป็นของระบบดูแลแบบบูรณาการ ภาวะติดเตียงเป็นผลปลายทางของความเสื่อมถอยด้านสุขภาพและสมรรถภาพ ซึ่งมักเกิดร่วมกับโรคเรื้อรังหลายโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ภาวะโภชนาการเสี่ยง ปัญหาการขับถ่าย ภาวะซึมเศร้า และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนขณะเดียวกัน ผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระการดูแลต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว การให้อาหาร การจัดยา การดูแลแผล การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการประสานรับบริการ ภาระดังกล่าวสัมพันธ์กับความเครียดความเหนื่อยล้า ค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ดูแล การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[1] ที่สะท้อนแนวโน้มประชากรสูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่ภาระการดูแลระยะยาวของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ สอดคล้องกับ Tantirat และคณะ[7] ที่คาดประมาณว่าจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต ทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องเตรียมกลไกการดูแลระยะยาวและทรัพยากรรองรับอย่างเป็นระบบ

เมื่อพิจารณาแนวทางการดูแลเดิมในจังหวัดพัทลุง พบว่ายังพึ่งพาระบบบริการสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง โดยมีโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการหลัก ขณะที่ภาคีเครือข่ายอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วัด มัสยิด กองทุนสุขภาพ และกลุ่มจิตอาสา ยังไม่ได้ถูกเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกันอย่างชัดเจน ทำให้การดูแลมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ขึ้นกับความพร้อมของบุคลากร ทรัพยากร และความเข้มแข็งของชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับจันทร์ศิริ บัวต๋า[8] ที่พบว่าการจัดการระบบดูแลระยะยาวในระดับพื้นที่ยังมีปัญหาด้านการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ และระบบบริหารจัดการผู้ดูแล รวมทั้งสอดคล้องกับทองทิพย์ เทียนสว่าง[9] ที่พบว่าผู้ดูแลแม้มีความรู้ในระดับดี แต่ยังมีความต้องการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและค่าใช้จ่ายในระดับมาก ดังนั้น ข้อค้นพบในประเด็นสถานการณ์จึงยืนยันว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องใช้ระบบดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพและมิติสังคม โดยต้องเปลี่ยนจากแนวทางที่หน่วยบริการสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ไปสู่ระบบที่มีครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกันรับผิดชอบ

เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อปัญหาจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลในพื้นที่

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เพราะใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลาง

รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้มิได้จำกัดเฉพาะการรักษาโรคหรือการติดตามอาการ แต่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความพร้อมของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของบ้าน ความยากจนหรือข้อจำกัดด้านรายได้ ความต้องการอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ การเข้าถึงบริการ และความต่อเนื่องของการดูแล การใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลางจึงช่วยเชื่อมระบบบริการสุขภาพกับระบบสังคมและทรัพยากรในพื้นที่ ทำให้เกิดการวางแผนร่วม การแบ่งบทบาท การระดมทรัพยากร และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาวที่เน้นการจัดบริการเชิงระบบมากกว่าการดูแลเฉพาะราย โดยเฉพาะการเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ ครอบครัว ชุมชน และระบบสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาของ Muangkaew และ Waengnork[10] พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและประยุกต์ใช้แนวคิด Chronic Care Model ช่วยเพิ่มความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้าน เพิ่มความพึงพอใจ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ที่ใช้การคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นองค์ประกอบหลัก

เมื่อพิจารณาเชิงระบบ กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีจุดแข็งในการทำหน้าที่ “ตัวกลางเชื่อมระบบ” เพราะสามารถยกระดับปัญหาผู้ป่วยติดเตียงจากปัญหาเฉพาะของครอบครัวหรือหน่วยบริการสุขภาพ ไปเป็นวาระร่วมของอำเภอ มีการกำหนดบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน และภาคีเครือข่ายอื่นอย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานไม่กระจุกอยู่ที่บุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว แต่เปิดพื้นที่ให้ท้องถิ่น ชุมชน อสม. วัด มัสยิด กลุ่มจิตอาสา และกองทุนสุขภาพเข้ามาร่วมสนับสนุนทรัพยากรและการดูแลด้านสังคมจิตใจ[11]

ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากบ้านสู่ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ โดยการคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยงช่วยให้ทีมสุขภาพทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจน การจัดทำแผนดูแลรายบุคคลช่วยให้การดูแลสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยงช่วยให้ตรวจพบปัญหาได้เร็ว การให้คำแนะนำและฝึกทักษะผู้ดูแลช่วยลดข้อผิดพลาดในการดูแล และระบบส่งต่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพของครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ[12]

ในด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการศึกษาที่พบว่าคะแนน 9Q ลดลงทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล อธิบายได้จากการที่รูปแบบการดูแลไม่ได้มุ่งเฉพาะการดูแลด้านกาย แต่ครอบคลุมการให้คำปรึกษา การสร้างช่องทางติดต่อกับทีมสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนจาก อสม. และชุมชน รวมทั้งการลดความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยและลดความรู้สึกว่าผู้ดูแลต้องรับภาระเพียงลำพัง การมีเครือข่ายสนับสนุนจึงช่วยลดความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับชมนาด วีระกิติกุล[13] ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสัมพันธ์กับความต้องการจำเป็นด้านสังคมและการจัดหาทรัพยากร แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ดูแล

จำเป็นต้องอาศัยทั้งการสนับสนุนด้านความรู้ ทรัพยากร และแรงสนับสนุนทางสังคม

สำหรับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น แม้ผลต่างของคะแนน Barthel ADL Index จะไม่สูงมาก แต่ถือว่ามีความหมายทางคลินิกและการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงและมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพ การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL แม้เพียงบางส่วนอาจหมายถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบางกิจกรรมเพิ่มขึ้น หรือลดภาระของผู้ดูแลในกิจกรรมบางด้าน เช่น การเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหาร หรือการจัดท่าทาง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับจิตรกร วนะรักษ์[14] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิช่วยให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีพัฒนาการด้านกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และสอดคล้องกับนฤมล เปรมาสวัสดิ์ และคณะ[15] ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแล และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบ อธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่เพียงการรักษาอาการเจ็บป่วยเฉพาะหน้า การลดภาวะแทรกซ้อน การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการปรับสภาพแวดล้อมหรือทรัพยากรที่จำเป็น ล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ได้รับการดูแล และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Muangkaew และ Waengnork[10] ที่พบว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และสอดคล้องกับ Tipthimwong และคณะ[16] ที่พบว่ารูปแบบบริการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

4. การขยายผลครบ 11 อำเภอสะท้อนความเป็นไปได้ของรูปแบบ แต่ต้องมีระบบสนับสนุนต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า การขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงครอบคลุม 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุงสามารถดำเนินการได้ โดยอาศัยการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ แบ่งพื้นที่ออกเป็นอำเภอที่มีกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเข้มแข็งและมีต้นทุนเครือข่าย กับอำเภอที่ต้องเสริมพลังกลไกและทรัพยากรก่อนการขยายผลเต็มรูปแบบ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีองค์ประกอบชัดเจน มีขั้นตอนดำเนินงานที่ปรับใช้ได้ และสามารถประยุกต์ตามระดับความพร้อมของแต่ละอำเภอ

ความสำเร็จของการขยายผลเกิดจากรูปแบบไม่ได้กำหนดกิจกรรมแบบตายตัวเหมือนกันทุกพื้นที่ แต่เปิดโอกาสให้พื้นที่ประยุกต์ตามบริบท ทรัพยากร และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย พื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการครบทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการขับเคลื่อนผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขณะที่พื้นที่ที่ยังมีข้อจำกัดสามารถเริ่มจากกิจกรรมจำเป็น เช่น การคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสี่ยงสูง การเสริมทักษะผู้ดูแล และการกำหนดช่องทางส่งต่อก่อน แล้วจึงขยายองค์ประกอบอื่นเมื่อมีความพร้อมมากขึ้น ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง ซึ่งชี้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ไม่สามารถใช้แนวทางเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงทรัพยากรและทุนทางสังคมได้ เช่น Muangkaew และ Waengnork[10] พบว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชนขับเคลื่อนสามารถเพิ่มความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านและลดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่มีข้อจำกัดจากการศึกษาในพื้นที่กึ่งชนบทเฉพาะ

บริบท ขณะที่จิตรกร วนะรักษ์[14] พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกิดผลลัพธ์ที่ดี แต่การขยายผลไปยังพื้นที่ที่ทุนทางสังคมไม่เข้มแข็งอาจเป็นความท้าทาย ดังนั้น การขยายผลรูปแบบในจังหวัดพัทลุงจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างของความพร้อมระดับอำเภอและตำบลอย่างไรก็ตาม การขยายผลครบ 11 อำเภอยังพบข้อจำกัดที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางพื้นที่ยังไม่สม่ำเสมอ การสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และงบประมาณยังแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ภาระงานของบุคลากรสุขภาพและ อสม. อาจส่งผลต่อความถี่และคุณภาพของการเยี่ยมบ้าน และระบบข้อมูลการติดตามผลยังจำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ประเมินผลลัพธ์รายอำเภอ และสะท้อนข้อมูลกลับไปยังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในจังหวัดพัทลุงควรดำเนินต่อไปในลักษณะ “ระบบดูแลระยะยาวระดับพื้นที่” มากกว่ากิจกรรมโครงการระยะสั้น โดยควรกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นวาระร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการบรรจุในแผนสุขภาพระดับอำเภอและตำบล มีระบบข้อมูลกลางสำหรับติดตามผู้ป่วยและทรัพยากร มีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพ และมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ยังมีข้อจำกัด การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถคงอยู่และขยายผลได้อย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้เป็นแนวทางกลางของจังหวัดพัทลุง เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีภาคีเครือข่ายร่วมรับผิดชอบมากขึ้น โดยเฉพาะการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายอื่น

2. ควรกำหนดระบบคัดกรอง ประเมินเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด โดยครอบคลุมการประเมินสภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ความพร้อมของผู้ดูแล และความจำเป็นด้านอุปกรณ์หรือทรัพยากร เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนดูแลรายบุคคลและติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นระบบ

3. ควรใช้ข้อมูลรายอำเภอในการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านสภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลประกอบการวางแผน กำกับติดตาม และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านสภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของระบบการดูแลในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2567). ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง จังหวัดพัทลุง
ปีงบประมาณ 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง. (2566). ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองพัทลุง ปีงบประมาณ 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย, และกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย. (2561). คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กระทรวงสาธารณสุข.
6. Cochran, W.G. (1953). Sampling Techiques. New York : John Wiley & Sons. Inc.
7. Tantirat, P., Suphanchaimat, R., Rattanathumsakul, T., & Noree, T. (2020). Projection of the number of elderly in different health states in Thailand in the next ten years, 2020–2030. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(22), Article 8703. https://doi.org/10.3390/ijerph172287038. จันทร์ศิริ บัวต๋ำ. (2561). การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ใน รพ.สต.ชอนสมบูรณ์ อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
9. ทองทิพย์ เทียนสว่าง. (2567). การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง), 38(3), 38–49.
10. Muangkaew, P., & Waengnork, W. (2025). Strengthening long-term care for bedridden elderly: A community-driven integrated care model in Thailand. Nurse Educators and Practitioners Journal, 1(2), 38–48. https://doi.org/10.64397/nepj.v01i02.2025.a16
11. กรมอนามัย. (2561). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กระทรวงสาธารณสุข.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน”. กระทรวงสาธารณสุข.
13. ชมนาด วีระกิติกุล. (2567). ความเครียดและความต้องการจำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
14. จิตรกร วนะรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(2), 285–294.
15. นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ณัฏฐินีภรณ์ จันทรโณทัย, และดุษฎี ไตรยวงศ์. (2569). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 16(1), 120–139.
16. Thipthimwong, K., Linpoo, M., Kuntajai, K., Thanomchit, B., & Ngoenthong, S. (2025). A community-based healthcare model for bedridden elderly in Mae Jarao sub-district, Mae Ramat district, Tak Province. Journal of the Medical Association of Thailand, 108, 121–130.