

**ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน
ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ**
**EFFECTIVENESS OF POTENTIAL DEVELOPMENT OF FAMILY AND COMMUNITY
HEALTH LEADERS CARING FOR BEDRIDDEN PATIENTS IN SEKA HOSPITAL,
BUENG KAN PROVINCE**

สมบูรณ์ แง้ไชย*

Somboon Ngachai

โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ

Seka Hospital, Bueng Kan province

Received: 7 December 2023

Revised: 28 December 2023

Accepted: 28 December 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน จำนวน 172 คน และผู้ป่วย จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงกระบวนการที่สำคัญเป็นวงจรต่อเนื่องแบบ PDCA ศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยรวมหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผลลัพธ์การดูแล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) ร้อยละ 29.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.3 ดัชนีมวลกายผิดปกติ ร้อยละ 87.8 ฟันที่เหลือน้อยได้ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 31.7 ระยะเวลาที่เริ่มป่วยติดเตียง 1-5 ปี ร้อยละ 56.1

* Corresponding author: สมบูรณ์ แง้ไชย

E-mail: Somboonrn@gmail.com

ป่วยมากที่สุดคือโรคมะเร็ง ร้อยละ 26.8 ระดับอาการผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 90.2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย มากที่สุดคือ อาการนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.3

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, แก่นนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน, ผู้ป่วยติดเตียง

Abstract

This research aims to study the effectiveness of the potential development of family and community health leaders caring for bedridden patients in Seka Hospital, Bueng Kan province. The sample groups were 172 family and community health leaders and 41 patients. The research tool was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired-samples t-test.

Results: Potential development of family and community health leaders caring for bedridden patients, important procedures were a continuous cycle using the PDCA model. Activities for the program for caring for bedridden patients are carried out for 2 weeks, namely 1) Providing knowledge about continuous care for bedridden patients at home and 2) exchanging knowledge through Direct experiences. After developing the overall patient care management potential was at a higher level than before development with statistical significance. ($p\text{-value} < 0.001$) Satisfaction with overall potential development was at a high level of 90.2%. Patient care outcomes most had palliative care 29.3%, marital status 68.3%, and abnormal body mass index 87.8%. The remaining teeth that could be chewed in elderly people aged 60 years and over were more than 20 31.7%, duration of bedridden was 1-5 years, 56.1. End-stage cancer was 26.8%, stroke/rupture was 17.1%, and old age disease was 14.6%, respectively. The overall level of patient symptoms was at a poor level at 90.2 percent. The patient's ability to help himself the most

common symptoms were sitting or lying down at 68.3%. After developing the potential for managing patients with bedridden patients at the home of family and community health leaders caring at Seka Hospital this time. This allows patients to receive high-quality care.

Keywords Potential Development, Family-Community Health Leaders, Bedridden Patients

บทนำ

สถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่อง จากโครงสร้างประชากรในประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังในผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้แก่ เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม จึงจัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Long term care) ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลทั้ง 7 จังหวัด เพื่อดูแลเชิงรุกผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) ในปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยจำนวน 3,766 ราย ได้รับการค้นหาในชุมชน และผู้ป่วยอีก 2,840 ราย หรือร้อยละ 75 ได้รับการเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพถึงบ้าน (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, 2558)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นระบบการดูแลที่มีความหมายกว้างมาก แต่เลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุด คือการพัฒนาการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะยาวใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หลังรักษา 6 เดือนไปต่อเนื่องระยะยาว เป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาล ภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ความเครียดของผู้ป่วย จะแสดงผลให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาลง แต่หากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดมากขึ้นได้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล

(quality of care) แล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ดูแลตามมา (Ebrahimzadeh et al., 2014)

สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่อง พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลเซกา อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ มีผู้ป่วยสะสมระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2566 มีจำนวน 28, 29, 25 และ 22 คน ตามลำดับ รวมทั้งหมดจำนวน 104 คน จากการดำเนินงานดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านที่ผ่านมา พบว่า ด้านผู้ป่วยมีจำนวนมากที่ต้องเยี่ยมดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านบุคลากรที่ออกเยี่ยมมีไม่เพียงพอ ทีมเยี่ยมบ้านไม่ได้ออกเยี่ยมตามแผนที่กำหนดไว้ ด้านข้อมูลขาดการจัดเก็บข้อมูลการตอบกลับข้อมูลไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ขาดการดูแลที่ถูกต้อง จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (continuity of care: COC) ซึ่งโรงพยาบาลเซกา ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง เป็นการวางแผนระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการพัฒนาศักยภาพโดยมีแกนนำสุขภาพครอบครัว คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง และแกนนำสุขภาพชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำหนดบทบาทของทีมหมอครอบครัว บทบาทผู้จัดการระบบดูแล และมีการออกแบบกระบวนการงานสำคัญ ได้แก่ แผนการพัฒนาพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ปรับปรุงคุณภาพกระบวนการ ประเมินผล และใช้กระบวนการครบวงจรต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาในเรื่อง ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเซกา
2. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงของแกนนำสุขภาพครอบครัว (family caregiver) และแกนนำสุขภาพชุมชนอาสาสมัคร (volunteer caregiver) ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยด้านลักษณะอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

- 1) รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research)
- 2) สถานที่ทำการวิจัย: ในเขตโรงพยาบาลเซกา อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ
- 3) ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือน สิงหาคม - กันยายน 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน จำนวน 172 คน และผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 41 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 40 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล และทีมหมอครอบครัวที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน 7 ข้อ คำถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน และด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับมาจาก โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานตอนนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558) ตอบระดับ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำเลย ไปจนถึงระดับ 9 หมายถึง ได้ทำงานลักษณะนั้น มากที่สุด คะแนนรวม 63 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-21 = ต่ำ, 22-43 = ปานกลาง และ 44-63 = สูง

ส่วนที่ 3 ศักยภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วย 14 ข้อ เกี่ยวกับแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วย ระบบส่งต่อ การเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วย และระบบรายงาน คะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1-16 = ต่ำ, 17-32 = ปานกลาง และ 33-50 = สูง

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพ 10 ข้อ คำถามเกี่ยวกับพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง คำตอบเป็นมาตราส่วน rating scale 5

ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด โดยมีคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-16 = ต่ำ, 17-32 = ปานกลาง และ 33-50 = สูง

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วย 10 อาการ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (กิตติพล นาควิโรจน์, 2562) และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยระดับประคับประคอง (palliative care) โดยใช้แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) (ดาริน จตุรภัทรพร, 2562) การแปลผลระดับความสามารถเพื่อแยกผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยมีอาการระดับปานกลางระหว่าง 2 กลุ่ม (40-70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-39%)

ผู้วิจัยทำการหาค่าความเที่ยง (validity) แบบสอบถามแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน และทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ซึ่งตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวน 3 ท่าน พร้อมทั้งหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (try-out) จำนวน 30 ชุด ในหน่วยบริการสุขภาพอำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ

3. วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติทดสอบที (paired samples t-test)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เลขที่รับรอง BKP 2023-054 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2566

สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง กระบวนการที่สำคัญเป็นวงจรต่อเนื่องแบบ PDCA ประกอบด้วย การดูแลตามกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนไม่หลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกลักษณะปลอดภัย เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ (bed sore) การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Stephen Kemmis and Robin McTaggart (1988) โดยมี

จัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินการใน 2 สัปดาห์ (2 ครั้ง) ในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการจัดกิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน และ 2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

2. ศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (n=172)

ประเด็นศักยภาพ	ก่อน	หลัง	t	df	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
ด้านบทบาทการทำงาน	26.90±3.97	28.67±4.98	-10.186	40	<0.001*
รวม 35 คะแนน	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
ระดับต่ำ (1 – 15)	0(0.0)	0(0.0)			
ระดับปานกลาง (16-31)	30(73.2)	85(64.9)			
ระดับสูง (32-35)	11(26.8)	46(35.1)			
ด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย	56.44±7.02	60.31±9.08	-22.103	40	<0.001*
รวม (70 คะแนน)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
ระดับต่ำ (1 – 23)	0(0.0)	0(0.0)			
ระดับปานกลาง (24-47)	7(17.1)	10(7.6)			
ระดับสูง (48-70)	34(82.9)	121(92.4)			

จากตารางที่ 1 พบว่า ศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001) โดยด้านบทบาทการทำงาน ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.90 และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.67 ส่วนด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.44 และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.31

3. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน (n=172)

รายการ	Mean±SD	ระดับ
1. พึงพอใจต่อการตอบแทนการเยี่ยมดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง	4.33±0.77	สูง
2. พึงพอใจระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ดูแลในปัจจุบัน	4.27±0.82	สูง
3. ความเหมาะสมของงบประมาณสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4.23±0.87	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับสูงทุกข้อ ประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ค่าตอบแทนการเยี่ยมดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง รองลงมาคือ ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ดูแลในปัจจุบัน และความเหมาะสมของงบประมาณที่ช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามลำดับ

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (n=41)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	65.9
หญิง	14	34.1
อายุ		
อายุต่ำกว่า 50 ปี	3	7.3
อายุ 50-59 ปี	3	7.3
อายุ 60 ปีขึ้นไป	35	85.4

ตารางที่ 3 ลักษณะอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (n=41) (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทผู้ป่วยติดเตียงตามกลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน		
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative Care)	12	29.3
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก	8	19.5
ผู้ป่วยโรคจากภาวะพิการที่ป่วยติดเตียง	7	17.1
อื่นๆ	14	34.1
ดัชนีมวลกาย		
ผิปกติ (<18.50; ≥23 กก./ตารางเมตร)	36	87.8
ปกติ (18.50 - 22.90 กก./ตารางเมตร)	5	12.2
ระยะเวลาที่เริ่มป่วยติดเตียง		
ต่ำกว่า 1 ปี	9	22.0
1-5 ปี	23	56.1
มากกว่า 5 ปี	9	22.0
การวินิจฉัยของแพทย์		
มะเร็ง	11	26.8
เส้นเลือดในสมองตีบ/แตก	7	17.1
โรคชรา	6	14.6
ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อม	5	12.2
อื่น ๆ	12	29.3

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.9 มีผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 63.4 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ร้อยละ 29.3 ดัชนีมวลกายผิปกติ ร้อยละ 87.8 ระยะเวลาที่เริ่มป่วยติดเตียง 1-5 ปี ร้อยละ 56.1 และโรคที่ป่วยมากที่สุดคือ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 26.8

4. ระดับอาการผู้ป่วย

ผลการศึกษาระดับอาการผู้ป่วย แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับอาการผู้ป่วย (n=41)

อาการผู้ป่วย	ระดับ/จำนวน(%)		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
1. อาการปวด	26(63.4)	11(26.8)	4(9.8)
2. อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยหอบ	15(36.5)	15(36.5)	11(26.8)
3. อาการคลื่นไส้	29(70.7)	11(26.8)	1(2.4)
4. อาการง่วงซึม	23(56.1)	15(36.5)	3(7.3)
5. อาการเบื่ออาหาร	17(41.5)	18(43.9)	6(14.6)
6. อาการซึมเศร้า	22(53.7)	13(31.7)	6(14.6)
7. อาการวิตกกังวล	19(46.3)	13(31.7)	9(22.0)
8. ความสบายดีทั้งด้านกาย/ใจ	15(36.5)	18(43.9)	8(19.5)
9. นอนไม่หลับ	13(31.7)	16(39.0)	12(29.3)
ภาพรวม	2(4.9)	2(4.9)	37(90.2)

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 90.2) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการในระดับดีและระดับปานกลาง มีจำนวนระดับละ 2 คน (ร้อยละ 4.9)

5. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อาการนั่ง หรือ นอนเป็นส่วนใหญ่	28	68.3
อาการเคลื่อนไหวปกติ	26	63.4
ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและมีบางอาการ	24	58.5
ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลูกกลามของโรค	24	58.5
ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลูกกลามของโรค	24	58.5
ยังมีชีวิตอยู่	24	58.5

จากตารางที่ 5 พบว่า อาการที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด คือ อาการนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 68.3)

อภิปรายผล

1. การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงกระบวนการงานที่สำคัญเป็นวงรอบต่อเนื่องแบบ PDCA และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินการใน 2 สัปดาห์ (2 ครั้ง) ในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการจัดกิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน 2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลเซกา มีการกำหนดบทบาทของทีมและ nurse manager ของศูนย์ COC โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (on the job training) ด้านความรัก ความเมตตา เสริมพลัง สร้างคุณค่า และเยียวยาใจ เริ่มต้นที่ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ในชุมชนพิจารณาบนพื้นฐานของศักยภาพและคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอมมณี ศฤงคาร์ นันต์ (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า เป็นการวิจัยและพัฒนาตามวงจรของเดมมิง (PDCA) พบว่าประกอบด้วย 1) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อต่อเนื่องที่บ้าน 2) รูปแบบแนวทางการส่งต่อเยี่ยมบ้าน 3) ศูนย์เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ที่ให้บริการ 4) การเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ และ 5) การประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตารีย์ ธนสิริกาญจน์ และคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เขตอำเภอเมืองเลย พบว่า มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) ปฏิบัติการโดยนำรูปแบบดังกล่าวไปปฏิบัติ 3) สังเกตการณ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Thai COC และเวชระเบียน และ 4) การสะท้อนคิดทบทวนรูปแบบและวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

2. ศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย พบว่าหลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากกว่า ก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับสูง เรื่องที่พึงพอใจมากที่สุดคือ ค่าตอบแทน การเยี่ยมดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง รองลงมาคือ ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ดูแลในปัจจุบัน และความเหมาะสมของงบประมาณที่ช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามลำดับ ทั้งนี้คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย โดยผู้ดูแลในครอบครัวจะให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการ

ฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ (Heidari Gorji et al., 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย (2563) ที่ศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแลหลัก หลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative outcome scale) ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการผู้ป่วยลดลง และการศึกษาของ เพ็ญศิริ อัทธางค์ และคณะ (2560) ศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) พบว่า หลังการใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มีการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักงานการพยาบาล ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้การเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีผู้ดูแลในครอบครัว และเป็นผู้สูงอายุ ลักษณะอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative Care) สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกายผิดปกติ ระยะเวลาป่วยติดเตียง 1-5 ปี ระดับอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยที่ทำได้มากที่สุดคือ อาการนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้มีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยที่ดีจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา และเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว (Meyer & Arnheim, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ จารุจิตร และคณะ (2562) ที่ศึกษาพบสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่องไม่มีบริการรับ-ส่งผู้ป่วย ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ พระครูเกษมมรรธากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร (2564) ศึกษาพบทบทวนประสาสังคมกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า การดูแลสภาพร่างกายของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญไม่แพ้กันคือการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย การดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความจริงใจ ในเวลาว่างผู้ดูแลอาจจะบิบนวดเพื่อช่วยผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย อ่านหนังสือให้ฟัง

พูดคุยด้วยหน้าตา ท่าทาง ยิ้มแย้มแจ่มใส อาจจะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยแข็งแรง
มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ อาจจะช่วยให้อาการป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). **คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)**. นนทบุรี: บริษัท บอว์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2562). **วิธีการประเมินอาการต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://www.FamMed.mahidol.ac.th>.
- จอมมณี ศฤงคารนันต์. (2561). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(6), 1069-1080.**
- ฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์, พิชัย บุญมาศรี และ ระพีพรรณ นันทะนา (2564). **การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เขตอำเภอเมืองเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 127-136.**
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2562). **วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://www.FamMed.mahidol.ac.th>
- พระครูเกษมมอรรธากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร. (2564). **บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง. ใน รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 7 “วิถีพุทธ วิถีชุมชน รากฐานชีวิตศรัทธาเชิงสังคมล้านนาในสังคมวิถีใหม่”, หน้า 717 – 727. วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.**
- เพ็ญศิริ อัดถาวงค์, นิษฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ และ ฮารูน สาตหลี. (2560). **ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วย**

บริการปฐมภูมิ. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 4(1), 73-85.

พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2558). **7 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จัดระบบการดูแลเชิงรุก ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2560, จาก <https://www.hfocus.org/content>

สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และ รณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. **วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี**, 30(1), 54-68.

สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย. (2563). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย ระยะท้าย รวมทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก หลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพัว จังหวัด เชียงใหม่. **วารสารสาธารณสุขล้านนา**, 16(2), 104-117.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พกษา บุกบุญ และ ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. (2558). **รายงานผลการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำ ครอบครัว (Family Care Team: FCT)**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Ebrahimzadeh, M. H., Shojaee, B. S., Golhasani-Keshtan, F., Moharari, F., Kachooei, A. R., & Fattahi, A. S. (2014). Depression, anxiety and quality of life in caregiver spouses of veterans with chronic spinal cord injury. **Iranian journal of psychiatry**, 9(3), 133-136.

Heidari Gorji, M. A., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeeyan, A. A., Sadeghi, M. R., & Ardebil, M. D. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. **BMC research notes**, 5(1), 1-3.

Meyer, G. S., & Arnheim, L. (2002). The power of two: improving patient safety through better physician-patient communication. **Family Practice Management**, 9(7), 47-48.

Stephen Kemmis, S. K., & Robin McTaggart, R. M. (1988). **The Action Research Planner**. 3rd ed. Victoria, Australia: Deakin University Press.