

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล (Care giver) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

นพพร ศรีเพ็ง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Action) การสังเกตและประเมินผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน จำนวน 14 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า บริบทการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านยังมีอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ ความรู้และทักษะที่ยังไม่เพียงพอในบางด้าน และข้อจำกัดด้านโครงสร้างบ้าน ส่งผลต่อความปลอดภัยและความต่อเนื่องของการดูแล โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันเบื้องต้น 2) การฝึกทักษะการทำความสะอาดในบ้านเพื่อลดภาวะข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ 3) การดูแลแผลกดทับอย่างปลอดภัย และ 4) การสื่อสารเชิงบวกและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าระดับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงระดับต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.43 เป็นร้อยละ 71.43 ขณะที่ระดับภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 57.14 เหลือร้อยละ 21.43 และระดับสูงลดลงจากร้อยละ 21.43 เหลือร้อยละ 7.14

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงและเพิ่มความมั่นใจและความพึงพอใจของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางหรือคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน และใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน, ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Development of Nursing Practice Guidelines for Preventing Complications in Home-bound Patients for Caregivers at Ban Chan Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province.

Nopporn Sripeng, B.N.S.*

ABSTRACT

This study was an action research using the PAOR process—Planning, Action, Observation, and Reflection—to develop a nursing practice guideline for preventing complications among bedridden patients at home for caregivers at Ban Chan Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province. The participants were 14 primary caregivers of bedridden patients, selected through purposive sampling. The study was conducted within the service area of the subdistrict health promoting hospital and implemented in four phases: (1) Planning, (2) Action, (3) Observation and Evaluation, and (4) Reflection. The research instruments consisted of qualitative tools, including focus group discussion guides, in-depth interview guides, and participant observation records, and quantitative tools, including a general information questionnaire for caregivers, a complication assessment form for bedridden patients, and a caregiver satisfaction questionnaire toward the nursing practice guideline for preventing complications. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and comparisons before and after guideline implementation were performed using Fisher's Exact Test, with the level of statistical significance set at $p < 0.05$. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the context of home care for bedridden patients involved several key challenges, including caregiver physical fatigue, lack of assistive equipment, insufficient knowledge and skills in certain aspects, and limitations in home structure affecting patient safety and continuity of care. The developed nursing practice guidelines comprised four main components: (1) education on common complications and basic preventive measures, (2) training in home-based physical therapy skills to reduce joint contractures and muscle atrophy, (3) safe pressure ulcer care, and (4) positive communication and mental health care for both patients and caregivers. After implementation, the proportion of bedridden patients with a low level of complications increased from 21.43% to 71.43%, while those with a moderate level decreased from 57.14% to 21.43%, and those with a high level decreased from 21.43% to 7.14%.

In conclusion, the developed nursing practice guideline effectively reduced complications among bedridden patients and enhanced caregivers' confidence and satisfaction. This guideline can be applied as a practical manual for caregivers of bedridden patients in community settings and may serve as a model for developing home-based care programs for bedridden patients within primary health care services.

Keywords: nursing practice guideline development, complication prevention, caregivers of bedridden patients

* Ban Chan Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province.

บทนำ

ในปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยลักษณะของโรคได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อ ซึ่งมักเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่มีสาเหตุสำคัญจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยี และระบบสาธารณสุขที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยังมีบทบาทสำคัญในการยืดอายุขัยของประชากรโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ชัดเจน ส่งผลให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ไม่เพียงแต่การดูแลเพื่อรักษาโรค แต่ยังรวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพะในระยะยาว แม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤตหรืออาการเฉียบพลันได้มากขึ้น แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการรักษาโรคบางชนิดที่ไม่สามารถหายขาดได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างมากหรือหมดความสามารถโดยสิ้นเชิง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย และการเคลื่อนไหว⁽¹⁾ โดยผู้ป่วยติดเตียงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นแผลกดทับ ข้อเคลือบไหวติดขัด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งภาวะเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ภาระของระบบสาธารณสุขและครอบครัวเพิ่มขึ้น⁽²⁾

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้ ทักษะ และความเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจากผู้ดูแลหลักหรือ Caregiver ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลอย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทั้งนี้การสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ก็มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างขีดความสามารถของผู้ดูแล โดยเฉพาะในด้านการให้คำแนะนำ การจัดการอุปกรณ์และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล และการประเมินสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดภาระทางกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแล รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ“ภาระการดูแล”(Caregiver Burden) ที่อาจนำไปสู่ความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือปัญหาทางสุขภาพจิตในระยะยาว⁽³⁾ การดูแลแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการจัดการบาดแผลอย่างเป็นระบบโดยยึดตามแนวคิด Wound Bed Preparation (WBP) ซึ่งมีพื้นฐานจาก TIME Concept ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การขจัดเนื้อตาย (Tissue management), การควบคุมการติดเชื้อหรือการอักเสบ (Infection or Inflammation control), การรักษาสสมดุลของความชุ่มชื้นภายในแผล (Moisture balance) และการส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Epithelial advancement) ทั้งนี้ การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะองค์รวม (Holistic Care) โดยอาศัยความร่วมมือของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในระดับชุมชน ผ่านการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการเสริมพลังแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการในการฟื้นตัวที่ดีขึ้น เพิ่มระดับความพึงพอใจในการรับบริการ และลดโอกาสกลับเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพซ้ำ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และอสม.ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลแผลกดทับ มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน และเมื่อร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน แนวปฏิบัติทางการแพทย์บาลยังถือเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนา

องค์ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในครัวเรือน⁽⁴⁾ พยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิจึงควรมีบทบาทเชิงรุก ในการเข้าไปส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวผ่านการให้คำปรึกษา แนะนำและฝึกทักษะต่างๆ โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีของโอเรียม⁽⁵⁾ ซึ่งเสนอวิธีการให้ความช่วยเหลือไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1) การกระทำที่หรือทดแทนในกรณีที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง 2) การให้ความรู้ผ่านกระบวนการสอนทั้งด้านข้อมูลและทักษะปฏิบัติ 3) การชี้แนะแนวทางในการดูแลอย่างเหมาะสม 4) การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจเพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจ และ 5) การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมต่อการเรียนรู้และการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาผู้ดูแลให้สามารถรับมือกับปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในระยะยาว โดยไม่เกิดความเครียดหรือภาวะเกินขีดความสามารถของตนเอง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากข้อมูลการเยี่ยมบ้านในปีงบประมาณ 2566, 2567 และ 2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านจั่น จำนวน 12, 13 และ 14 รายตามลำดับ และจากการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพพบว่า มีผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ จำนวน 2 ราย และภาวะข้อติดแข็ง จำนวน 3 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มภาระให้กับครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ แม้ว่าแนวทางการดูแลในปัจจุบันของ รพ.สต.บ้านจั่น จะมุ่งเน้นการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่จากการลงพื้นที่ติดตามพบว่ายังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแล เช่น การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลแผลกดทับ และการทำกายภาพเบื้องต้น 2) ขาดแนวทางการถ่ายทอดความรู้ที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทครัวเรือน 3) การเยี่ยมบ้านขาดความสม่ำเสมอ และไม่มีระบบสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ 4) การประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุม และขาดแนวทางร่วมในการสะท้อนปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนา

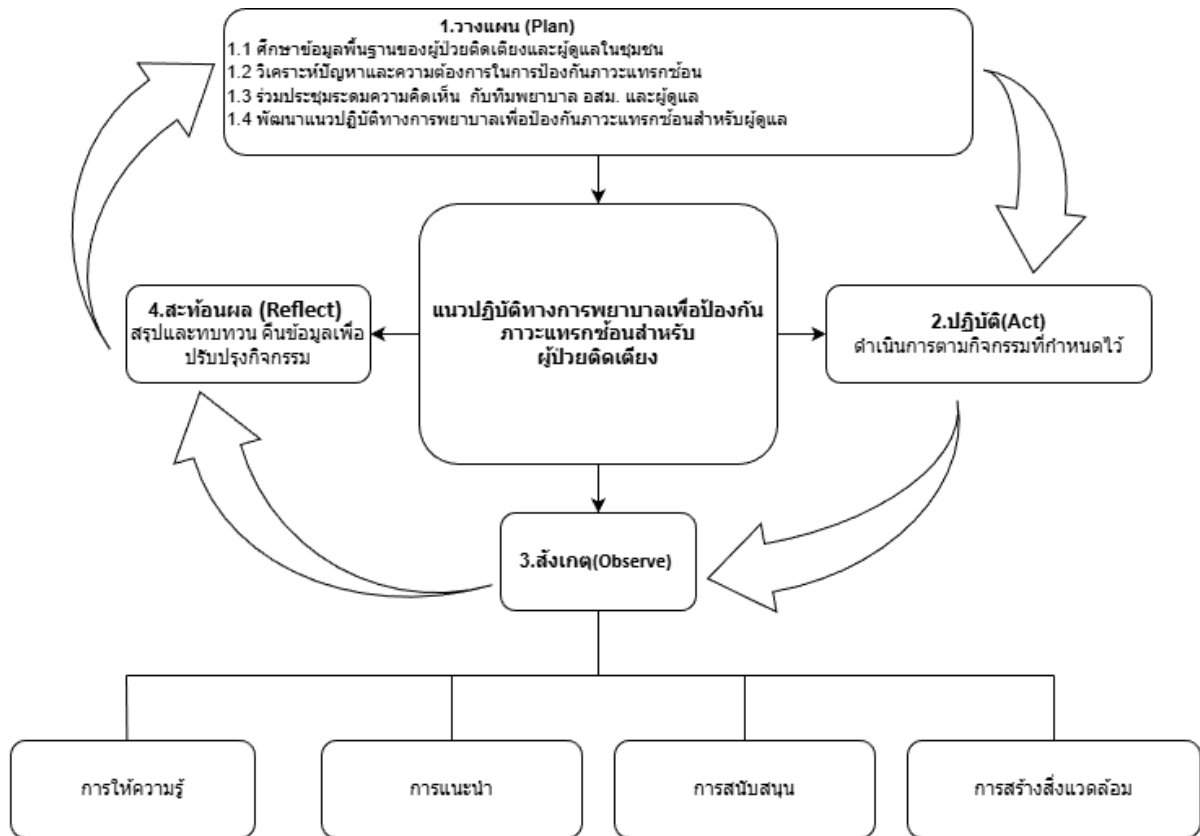
จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล (Care giver) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล (Care giver) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ออกแบบภายใต้กรอบแนวคิดของ ทฤษฎีการพยาบาลความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งเน้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้⁽⁵⁾ ในเรื่องความพร่องในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR (Planning – Action – Observation – Reflection) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล (Care giver) ทั้งในด้านการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตามผล และการสะท้อนความคิดเห็นร่วมกับทีมดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วย การวิจัยดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีระยะเวลาดำเนินการรวมทั้งสิ้น 5 เดือน ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 14 ราย โดยอ้างอิงจากทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น ณ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ที่มีความรับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน ฟัง พูด อ่าน เขียนได้
4. อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น
5. มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน
6. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนที่กำหนดได้ตลอดระยะเวลาของโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือความผิดปกติทางจิตประสาทที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
2. เป็นผู้ดูแลชั่วคราวหรือไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือมีแผนจะย้ายถิ่นฐานหรือเปลี่ยนผู้ดูแลหลักภายในระยะเวลา 1 เดือนนับจากเริ่มโครงการ
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาหรือสถานการณ์อื่นๆ
4. ปฏิเสธหรือไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เครื่องมือจัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามกรอบ PAOR และครอบคลุมทั้งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์บริบทและความต้องการของชุมชน ประเมินผลลัพธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ เครื่องมือเชิงคุณภาพที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 ประเภท ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือการสนทนากลุ่ม โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนของ โชคนิติพัฒน์ วิสุญ และเอมอร ทาระคา⁽⁶⁾ หัวข้อการสนทนาครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ 1) บริบทการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในครัวเรือนและบทบาทของผู้ดูแลหลัก 2) ทักษะและการรับรู้ของผู้ดูแลหลักต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง 3) อุปสรรคและปัญหาที่พบระหว่างการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน 4) แนวทางและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การสนทนากลุ่มจัดกลุ่มละ 6-8 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดเตียง ใช้ระยะเวลาในการสนทนา 60-90 นาที บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียงและการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหา และศักยภาพของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ผู้วิจัยพัฒนาคู่มือสัมภาษณ์เชิงลึก โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนของ สุริยา พองเกิด และคณะ (2563)⁽⁷⁾ เพื่อสะท้อนมุมมอง ประสบการณ์ และความต้องการของผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ครอบคลุม 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ประวัติและบริบทของครอบครัวผู้ดูแลหลัก 2) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและความท้าทายที่พบ 3) ความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง 4) ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแล 5) ข้อเสนอแนะต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาและทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 14 คน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์รายละเอียดประมาณ 45-60 นาที บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

1.3 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Checklist) ผู้วิจัยพัฒนาแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนของ โชคนิติพัฒน์ วิสุญ และเอมอร ทาระคา⁽⁶⁾ ใช้ในการบันทึกข้อมูลระหว่างการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง เพื่อสังเกตพฤติกรรมและทักษะการดูแลของผู้ดูแลหลักในสถานการณ์จริง แบบบันทึกประกอบด้วย 4 หมวดหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้างและสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น พื้นที่สำหรับการเคลื่อนไหวและอุปกรณ์ช่วยเหลือ 2) เทคนิคการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลหลัก เช่น การพลิกตัว การป้อนอาหาร การดูแลแผลกดทับ และการทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน 3) การจัดการดูแลและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย โดยบันทึกในลักษณะ “มี/ไม่มี” พร้อมคำอธิบายเพิ่มเติม การ

เก็บข้อมูลดำเนินการหลังการฝึกอบรม โดยผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านและสังเกตการณ์เป็นประจำทุกสัปดาห์ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ของ โชคนิติพัฒน์ วิสุญ และ เอมอร ทาระคา⁽⁶⁾ ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง จากการทบทวนวรรณกรรมแบบประเมินการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน Home Ward สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ เป็นแบบสอบถามชนิดคำถามปลายปิด จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ มี-ไม่มี โดยเป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการสังเกตโดยผู้วิจัย ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินแผลกดทับ 2) การประเมินภาวะข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ 3) การประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4) การประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การให้คะแนน มีภาวะแทรกซ้อน = 1 คะแนน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน = 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด = 28 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้

คะแนน 19-28 หมายถึง ระดับ ภาวะแทรกซ้อนระดับสูง

คะแนน 10-18 หมายถึง ระดับ ภาวะแทรกซ้อนระดับสูงปานกลาง

คะแนน 0-9 หมายถึง ระดับ ภาวะแทรกซ้อนระดับต่ำ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านสำหรับผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมของจิตรกร วนะรักษ์⁽⁹⁾ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดเป็นเชิงบวก ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประโยชน์ของโปรแกรม ด้านรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหา ด้านระยะเวลาในการดำเนินการ การให้คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน น้อยที่สุด = 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษาจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ สรุปค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ของเครื่องมือวิจัย ค่าความตรงของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เท่ากับ 0.91 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 0.86 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต่อโปรแกรมเท่ากับ 0.83 ภาพรวมมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน คือ ประชาชนที่มี อายุ 18 ปีขึ้นไป

ในตำบลนาดี อำเภอเมือง จ.อุดรธานี จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น พบว่าค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเชื้อ เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต่อโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลัก โดยดำเนินการตามกรอบ PAOR แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Planning (การวางแผน) (กรกฎาคม 2568)

1.1 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัน และผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 14 ราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และความสำคัญของโครงการ ตลอดจนร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ และแนวทางปฏิบัติและการติดตามเยี่ยมบ้าน จากนั้นผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันจัดทำร่างแผนปฏิบัติการระยะเวลา 5 เดือน ซึ่งประกอบด้วยตารางกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผลระหว่างดำเนินงานและปลายโครงการ

1.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจบริบทและความต้องการผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดย 1) จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) จำนวน 2 กลุ่ม (กลุ่มผู้ดูแลหลักกลุ่มละ 7 คน) ใช้เวลา 60-90 นาทีต่อกลุ่ม บันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม เพื่อสำรวจบริบทการดูแล ทักษะ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 2) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ดูแลหลักทั้ง 14 ราย ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อราย เพื่อสะท้อนประสบการณ์ ปัญหา ความต้องการช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะเชิงลึก 3) ใช้แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Checklist) ในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบสภาพบ้าน อุปกรณ์ช่วยเหลือ เทคนิคการดูแลจริง และความต่อเนื่องในการดูแลของผู้ดูแลหลัก

1.3 สังเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันออกแบบร่างแนวปฏิบัติฉบับเบื้องต้น ผู้วิจัยประชุมวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจาก FGD สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตภาคสนามร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัน เพื่อระบุปัญหาและความต้องการหลัก จากนั้นร่วมกันออกแบบร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับเบื้องต้นสำหรับป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้าน ครอบคลุมแนวทางป้องกันผลกดทับ เทคนิคการพลิกตัวและการเคลื่อนไหวข้อต่อ การดูแลแผล และการสนับสนุนกำลังใจ พร้อมจัดทำแผนกิจกรรมอบรมต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ และกำหนดทีมวิทยากร/ผู้รับผิดชอบกิจกรรม เพื่อเตรียมเข้าสู่ระยะ Action

ระยะที่ 2 Action (การดำเนินการ) (สิงหาคม-กันยายน 2568)

กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ (กิจกรรมที่ 1-4) อ้างอิงจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อสำหรับประชาชน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (10)

2.1 สัปดาห์ที่ 1 (สิงหาคม 2568) อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ดูแลหลัก 14 ราย ในหัวข้อ “รู้จักภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันเบื้องต้น” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจกลไกการเกิดผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ พร้อมจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ล้อมวงเล่าเรื่องแผล” เพื่อถอดบทเรียนจากสถานการณ์จริงในครัวเรือน

2.2 สัปดาห์ที่ 2 (สิงหาคม 2568) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่/พยาบาล รพ.สต.บ้านจัน ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 14 ครัวเรือน โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation

Checklist) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก เช่น เทคนิคการพลิกตัว การจัดท่าทาง การใช้หมอนรอง และการลดแรงกดในจุดเสี่ยง พร้อมให้คำแนะนำเฉพาะรายตามปัญหาที่พบในแต่ละครั้งไว้

2.3 สัปดาห์ที่ 3 (สิงหาคม 2568) อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ทีมวิทยากร (นักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพ) สาธิตและฝึกปฏิบัติ “การทำกายภาพในบ้าน ลดข้อติด กล้ามเนื้อลีบ” โดยสอนท่าบริหารข้อต่อเบื้องต้น และการใช้อุปกรณ์ที่หาได้ในบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะที่ถูกต้องและนำไปใช้ได้อย่างปลอดภัย

2.4 สัปดาห์ที่ 4 (สิงหาคม 2568) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านจั่น ติดตามการฝึกกายภาพตามที่สอนในสัปดาห์ก่อน และประเมินภาวะข้อติด/การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน พร้อมให้คำแนะนำเสริมเฉพาะรายในจุดที่ยังพบปัญหา

2.5 สัปดาห์ที่ 5 (กันยายน 2568) อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ผู้วิจัยจัดอบรม “การดูแลแผลกดทับอย่างปลอดภัย” โดยแนะนำขั้นตอนการทำแผลด้วยวิธี CLEAN ฝึกใช้ก๊อช สำลี น้ำเกลือล้างแผล และสอนการประเมินระยะของแผลกดทับ (Stage I-IV) เพื่อให้ผู้ดูแลเลือกวิธีดูแลและวัสดุปิดแผลได้เหมาะสม

2.6 สัปดาห์ที่ 6 (กันยายน 2568) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านจั่น เน้นติดตามการทำแผลในสถานการณ์จริง ตรวจสอบการเปลี่ยนแผ่นปิดแผล การดูแลผิวหนังรอบแผล และให้คำแนะนำเสริมเพื่อป้องกันการอักเสบและส่งเสริมการหายของแผล โดยบันทึกตามแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2.7 สัปดาห์ที่ 7 (กันยายน 2568) อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 4 ผู้วิจัยจัดอบรม “สื่อสารอย่างเข้าใจดูแลผู้ป่วยและตัวเอง” เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบวกแก่ผู้ดูแลหลัก ฝึกบทบาทสมมติการรับมือกับอารมณ์ผู้ป่วยในสถานการณ์ตึงเครียด และสอนเทคนิคการดูแลใจตนเองเพื่อลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ พร้อมกิจกรรม “วงกลมแบ่งปันกำลังใจ” เพื่อสร้างแรงบันดาลใจระหว่างผู้ดูแล

2.8 สัปดาห์ที่ 8 (กันยายน 2568) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านจั่น เยี่ยมบ้านครั้งสุดท้ายของชุดกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนตรวจติดตามสัญญาณเตือนภาวะแทรกซ้อน เช่น การกลับเป็นซ้ำของแผลกดทับและอาการข้อติด พร้อมสัมภาษณ์สั้นผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความมั่นใจ และผลลัพธ์ที่สังเกตได้จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทั้งนี้ตลอดระยะ Action ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการอบรม ฝึกปฏิบัติ และการเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์เป็นข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 Observation (การสังเกตและประเมินผล) (ตุลาคม 2568)

3.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลหลัก 14 รายในช่วงสัปดาห์ที่ 9-12 เพื่อสะท้อนประสบการณ์ การปรับตัวหลังใช้แนวปฏิบัติ ปัญหาที่ยังเหลืออยู่ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในอนาคต

3.2 การสังเกตการดูแลจริงและสภาพแวดล้อมในบ้าน ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านจั่น สังเกตการดูแลจริงและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน พร้อมบันทึกข้อมูลทุกสัปดาห์จากการเยี่ยมบ้านรอบที่ 1-4 และติดตามซ้ำ เพื่อประเมินการปรับปรุงสภาพแวดล้อม (เช่น พื้นที่พลิกตัว/อุปกรณ์ช่วยเหลือ) และเทคนิคการดูแล (เช่น การพลิกตัว การทำแผล และการทำกายภาพ) โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3.3 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 1) เก็บแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1 ครั้งในสัปดาห์แรก เพื่อบันทึกลักษณะประชากรของผู้ดูแลและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง 2) ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงแบบก่อน-หลัง (Pre-Post test) โดยใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน ก่อนเริ่มโปรแกรม และหลังสิ้นสุดกิจกรรมทั้งหมด 3) ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อแนวปฏิบัติฯ หลังสิ้นสุดการอบรมครั้งที่ 4 และการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความพึงพอใจด้านประโยชน์ของแนวปฏิบัติ รูปแบบกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 Reflection (การสะท้อนผล) (ตุลาคม 2568)

4.1 เวทีสะท้อนผลและคืนข้อมูล ผู้วิจัยเชิญผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดเตียงทั้ง 14 ราย และเจ้าหน้าที่/พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องของ รพ.สต.บ้านจั่น เข้าร่วมเวทีสะท้อนผลเป็นเวลา 1 วัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนผลการดำเนินงาน และเสนอแนะแนวทางปรับปรุง

4.2 สรุปบทเรียนและจัดทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ผู้วิจัยนำเสนอผลลัพธ์และข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงปริมาณ (เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับภาวะแทรกซ้อน ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน-หลัง และคะแนนความพึงพอใจ) ร่วมอภิปรายกับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลหลักเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง อุปสรรค และข้อจำกัด จากนั้นรวบรวมข้อเสนอแนะทั้งหมดเพื่อนำไปปรับแก้ร่างแนวปฏิบัติ เพิ่มรายละเอียดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และเครื่องมือประเมินในแต่ละกิจกรรม แล้วจัดทำเป็นแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์สำหรับใช้ในงานบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่นต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 12868 วันที่ 30 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

1. **บริบทการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน** สำหรับผู้ดูแลหลักพบว่า อุปสรรคและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางร่างกายของผู้ดูแล การขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ ความรู้และทักษะที่ยังไม่เพียงพอในบางด้าน รวมถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างบ้านที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในมิติของบริบทครอบครัว ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีภาระหน้าที่ซ้ำซ้อน ทั้งงานบ้าน การดูแลสมาชิกในครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดความเครียด ความกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลยังคงพยายามปรับตัวและเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลที่สั่งสมสะท้อนถึงความท้าทายในหลายด้าน ได้แก่ การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพ การจัดอาหาร การดูแลแผล และการประเมินอาการผิดปกติ ซึ่งเชื่อมโยงกับความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่แม้จะได้รับการพัฒนาแล้ว แต่ยังคงมีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะผลกระทบทางร่างกาย เช่น อาการอ่อนล้าและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความเครียดและความกังวล และผลกระทบทางสังคม เช่น การจำกัดเวลาในการทำงานหรือการเข้าสังคม

ข้อเสนอแนะจากผู้ดูแลหลักต่อแนวปฏิบัติที่ทดลองใช้ ได้แก่ การปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและชัดเจนมากขึ้น เพิ่มการสาธิตและการติดตามอย่างต่อเนื่อง จัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับบริบทจริงของแต่ละครอบครัว การสังเกตแบบมีส่วนร่วมยังสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างบ้าน เช่น พื้นที่คับแคบ พื้นต่างระดับ และการขาดอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้าย รวมถึงเทคนิคการดูแลบางขั้นตอนที่ยังไม่ถูกต้อง และลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีทั้งรูปแบบสนับสนุนและรูปแบบที่ยังขาดการมีส่วนร่วม

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล (Care giver) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

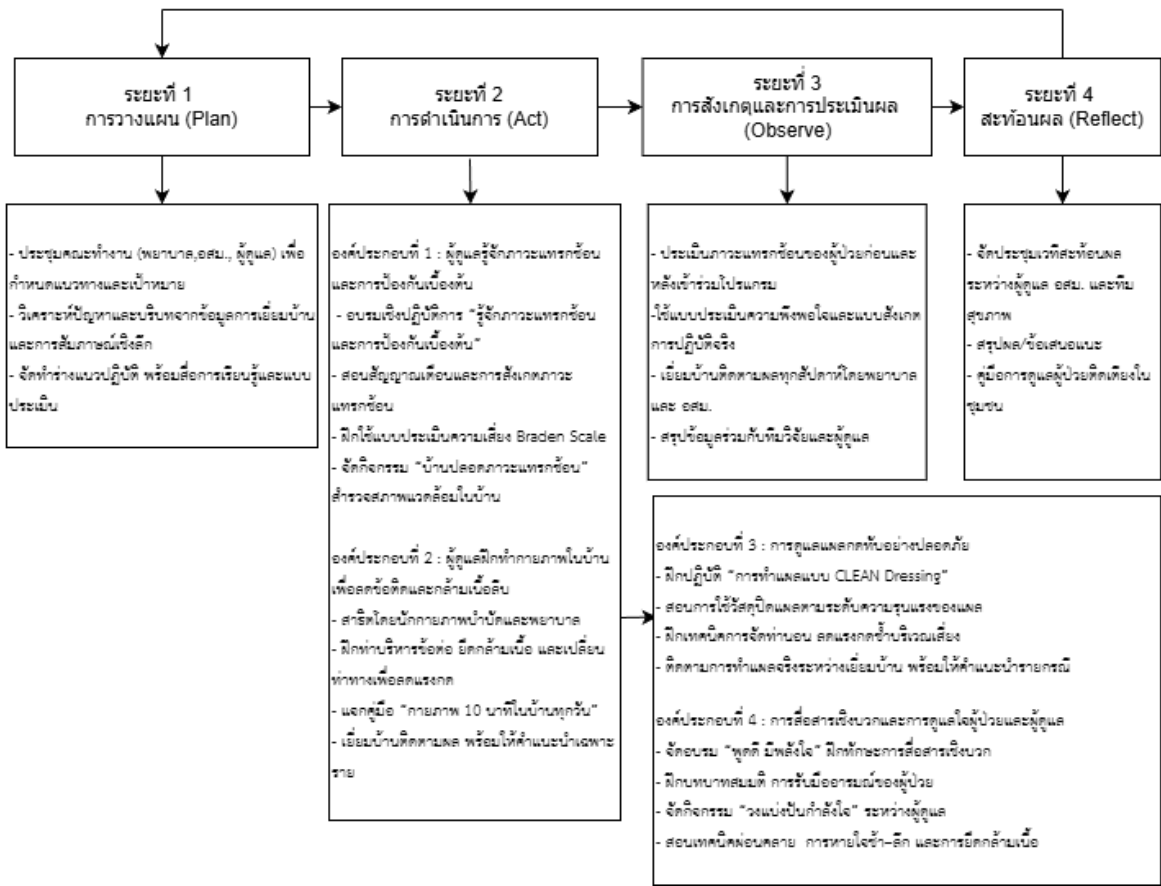
องค์ประกอบที่ 1 ผู้ดูแลหลักรู้จักภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันเบื้องต้น กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง เช่น แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ โดยผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น เพื่ออธิบายกลไกการเกิด ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมใช้สื่อประกอบ เช่น แผ่นภาพ วิดีโอ และกรณีศึกษาจริงจากครวเรือนในพื้นที่ รวมถึงกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ล้อมวงเล่าเรื่องแผล” ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ดูแลหลักมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้น สามารถระบุสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และมีแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 2 ผู้ดูแลหลักฝึกทำกายภาพในบ้านเพื่อลดข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ องค์ประกอบนี้ มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการดูแลทางกายภาพให้ผู้ดูแลหลักสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวข้อต่อ และป้องกันภาวะข้อติดหรือกล้ามเนื้อลีบได้อย่างถูกวิธี โดยผู้วิจัยร่วมกับนักกายภาพบำบัดและพยาบาล สาธารณสุขจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การทำกายภาพในบ้าน ลดข้อติด กล้ามเนื้อลีบ” มีการสาธิตการบริหารข้อต่อทั้งแบบ Passive และ Active พร้อมฝึกปฏิบัติจริงโดยใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายในบ้าน เช่น ผ้าขนหนู หมอน และผ้าห่ม นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลผ่านการเยี่ยมบ้านรายครวเรือนอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ดูแลหลักสามารถนำเทคนิคที่เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นของข้อต่อดีขึ้น เคลื่อนไหวได้มากขึ้น และลดอาการกล้ามเนื้อลีบอย่างชัดเจน

องค์ประกอบที่ 3 การดูแลแผลกดทับอย่างปลอดภัย องค์ประกอบนี้เน้นการพัฒนาทักษะการทำแผล และการจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกหลักการพยาบาล โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลแผลกดทับอย่างปลอดภัย” เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเรียนรู้ขั้นตอนการทำแผลด้วยวิธี CLEAN และเข้าใจการเลือกใช้วัสดุปิดแผลให้เหมาะสมกับระยะของแผลกดทับ (Stage I-IV) พร้อมสาธิตการพลิกตะแคงตัวและการจัดทำนอนเพื่อลดแรงกดในจุดเสี่ยง เช่น ส้นเท้า ก้นกบ และหลังส่วนล่าง กิจกรรมนี้ดำเนินการควบคู่กับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเพื่อประเมินการปฏิบัติจริง พบว่าผู้ดูแลหลักสามารถดูแลแผลได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ความสะอาดของแผลดีขึ้น และอัตราการติดเชื้อลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสบายตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารเชิงบวกและการดูแลใจผู้ป่วยและผู้ดูแล องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผ่านกิจกรรมอบรม “สื่อสารอย่างเข้าใจ ดูแลใจผู้ป่วยและตัวเอง” โดยพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพจิตร่วมฝึกทักษะการใช้คำพูด น้ำเสียง และการสื่อสารเชิงบวก รวมถึงการฝึกบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พร้อมจัดกิจกรรม “วงกลมแบ่งปันกำลังใจ” เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจลึก การฟังเพลง และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเบา ๆ ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจและทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลผู้ป่วย เกิดบรรยากาศการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว ลดภาวะเครียด และส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ ดังภาพที่ 2

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล (Care giver)

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 42.86 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.82 ปี (SD = 10.12) อายุต่ำสุด 22 ปี และสูงสุด 63 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.43 การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 35.71 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 57.14 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 42.86 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ 5-8 ชั่วโมง ร้อยละ 57.14 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน ร้อยละ 64.29 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=14)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4	28.57
หญิง	10	71.43
2.อายุ (ปี)		
18 – 29 ปี	1	7.14
30- 44 ปี	3	21.43
45-59 ปี	6	42.86
60 ปีขึ้นไป	4	28.57
\bar{X} =47.82 , SD =10.12 ต่ำสุด =22 สูงสุด=63		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	1	7.14
สมรส	10	71.43
หม้าย/หย่า/แยก	3	21.43
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	28.57
มัธยมศึกษา	7	50.00
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	2	14.29
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	7.14
5.อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	7.14
เกษตรกร	6	42.86
ค้าขาย	2	14.29
รับจ้างทั่วไป	3	21.43
ไม่มีอาชีพ	2	14.29
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	7.14
5,000 – 9,999 บาท	5	35.71
10,000 – 14,999 บาท	4	28.57
15,000 – 19,999 บาท	3	21.43
20,000 บาทขึ้นไป	1	7.14
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	1	7.14
บุตร	3	21.43
คู่สมรส	8	57.14
ญาติ	2	14.29
8.ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง		
น้อยกว่า 6 เดือน	1	7.14
6 เดือน-1 ปี	3	21.43
1-3 ปี	6	42.86
มากกว่า 3 ปี	4	28.57

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=14) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
9. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง		
2-4 ชั่วโมง	4	28.57
5-8 ชั่วโมง	8	57.14
มากกว่า 8 ชั่วโมง	2	14.29
10. เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน		
เคย	9	64.29
ไม่เคย	5	35.71

4. การประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า หลังการพัฒนาผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะแทรกซ้อนลดลงทุกด้าน โดยพบว่า ภาวะแทรกซ้อนด้านแผลกดทับลดลง เช่น มีรอยแดงบริเวณหลังหรือก้นโดยไม่จางเมื่อกดลง จากร้อยละ 71.43 ลดลงเหลือร้อยละ 28.57 มีแผลเปิดหรือพองบริเวณผิวหนังที่รับน้ำหนัก ร้อยละ 57.14 ลดลงเหลือร้อยละ 21.43 เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนด้านข้อติดและกล้ามเนื้อลีบลดลง เช่น พบว่าข้อศอก ข้อเข่า หรือข้อสะโพกไม่สามารถเหยียดหรืองอได้สุด ร้อยละ 78.57 ลดลงเหลือร้อยละ 35.71 แขนหรือขาไม่สามารถเคลื่อนไหวตามปกติ ร้อยละ 71.43 ลดลงเหลือร้อยละ 21.43 เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจลดลง เช่น ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะเหนียวหรือข้น ร้อยละ 64.29 ลดลงเหลือร้อยละ 21.43 มีไข้ร่วมกับหายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 57.14 ลดลงเหลือร้อยละ 21.43 หายใจมีเสียงครืดคราดหรือเสียงผิดปกติ ร้อยละ 50.00 ลดลงเหลือร้อยละ 14.29 เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะลดลง เช่น ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น หรือมีตะกอน ร้อยละ 57.14 ลดลงเหลือร้อยละ 21.43 มีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุร่วมกับปัสสาวะผิดปกติ ร้อยละ 50.00 ลดลงเหลือร้อยละ 14.29 เป็นต้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง แยกรายชื่อ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ(n=14)

ข้อ	ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตอนที่ 1 : แผลกดทับ					
1	มีรอยแดงบริเวณหลังหรือก้นโดยไม่จางเมื่อกดลง	10	71.43	4	28.57
2	มีแผลเปิดหรือพองบริเวณผิวหนังที่รับน้ำหนัก	8	57.14	3	21.43
3	มีแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือกระดูก	5	35.71	1	7.14
4	มีการติดเชื้อที่แผลกดทับ (มีหนองหรือกลิ่น)	6	42.86	2	14.29
5	ผู้ป่วยร้องหรือแสดงความเจ็บปวดเมื่อสัมผัสบริเวณกดทับ	12	85.71	4	28.57
6	ผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงเกิดแผลแห้ง แตก หรือลอก	9	64.29	3	21.43
7	มีรอยกดจากอุปกรณ์ เช่น สายป้อนอาหาร หรือที่นอนลม	7	50.00	2	14.29
ตอนที่ 2 : ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ					
8	ข้อศอก ข้อเข่า หรือข้อสะโพกไม่สามารถเหยียด/งอได้สุด	11	78.57	5	35.71
9	แขนหรือขาไม่สามารถเคลื่อนไหวตามปกติ	10	71.43	3	21.43
10	กล้ามเนื้อแขน/ขาฝ่อลีบเมื่อเปรียบเทียบกับอีกข้าง	8	57.14	3	21.43
11	ข้อต่อแข็ง ขยับแล้วรู้สึกตึงหรือด้านแรงมาก	9	64.29	3	21.43
12	ผู้ป่วยร้องหรือแสดงความเจ็บปวดขณะขยับข้อ	7	50.00	2	14.29
13	นิ้วมือหรือนิ้วเท้างอค้ำ ไม่สามารถเหยียดได้	6	42.86	1	7.14
14	ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายได้เลย	5	35.71	1	7.14

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง แยกรายข้อ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ(n=14) (ต่อ)

ข้อ	ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตอนที่ 3 : การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ					
15	ไอเรื้อรัง หรือมีเสมหะเหนียว/ข้น	9	64.29	3	21.43
16	มีไข้ร่วมกับหายใจหอบเหนื่อย	8	57.14	3	21.43
17	หายใจมีเสียงครืดคราด หรือเสียงผิดปกติ	7	50.00	2	14.29
18	เสมหะเปลี่ยนเป็นสีเขียว เหลือง หรือมีเลือดปน	6	42.86	2	14.29
19	ผลเอกซเรย์ปอดหรือแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดบวม	4	28.57	1	7.14
20	ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจนเสริม	3	21.43	0	0.00
21	ผู้ดูแลต้องดูดเสมหะมากกว่า 2 ครั้ง/วัน	5	35.71	1	7.14
ตอนที่ 4 : การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
22	ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น หรือมีตะกอน	8	57.14	3	21.43
23	มีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ ร่วมกับปัสสาวะผิดปกติ	7	50.00	2	14.29
24	ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยหรือปวดหลังร่วมด้วย	6	42.86	2	14.29
25	มีเลือดปนในปัสสาวะ	3	21.43	1	7.14
26	ปัสสาวะลำบาก หรือออกน้อยกว่าปกติ	5	35.71	1	7.14
27	แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น UTI หรือให้ยาปฏิชีวนะรักษา	4	28.57	1	7.14
28	มีการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะบ่อยครั้งจากการติดเชื้อ	5	35.71	1	7.14

ระดับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนระดับต่ำ ร้อยละ 21.43 ภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 และภาวะแทรกซ้อนระดับสูง ร้อยละ 21.43 หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.43 ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 21.43 และภาวะแทรกซ้อนระดับสูงลดลงเหลือร้อยละ 7.14 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=14)

ระดับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะแทรกซ้อนระดับต่ำ	3	21.43	10	71.43
มีภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง	8	57.14	3	21.43
มีภาวะแทรกซ้อนระดับสูง	3	21.43	1	7.14

5. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน พบว่า ด้านประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติช่วยให้ครอบครัวลดความกังวลในการดูแลผู้ป่วย (\bar{x} = 4.29, SD = 0.61) ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{x} = 4.29, SD = 0.47) และแนวทางการปฏิบัติช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียง (\bar{x} = 4.50, SD = 0.52) ขณะที่การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลหรือที่มหาวิทยาลัยมีประโยชน์มาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{x} = 4.14, SD = 0.36) ด้านรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหา พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยกิจกรรมในแนวทางการปฏิบัติ

มีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} = 4.57, SD = 0.51) รองลงมาคือ ทีมผู้ดูแลให้คำแนะนำ
 อย่างเป็นมิตรและเข้าใจง่าย (\bar{x} = 4.43, SD = 0.51) การสาธิตและการฝึกปฏิบัติช่วยให้เข้าใจขั้นตอนชัดเจน
 (\bar{x} = 4.29, SD = 0.47) และเอกสารประกอบการอบรมมีประโยชน์และใช้งานได้จริง (\bar{x} = 4.29, SD = 0.47)
 ด้านระยะเวลาและการดำเนินการแนวปฏิบัติทางการแพทย์ พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
 โดยการจัดกิจกรรมตลอด 8 สัปดาห์ไม่เป็นภาระมากเกินไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{x} = 4.43, SD = 0.51)
 ระยะเวลาอบรมแต่ละครั้งเหมาะสมกับเนื้อหา (\bar{x} = 4.36, SD = 0.63) ตารางกิจกรรมมีการแจ้่งล่วงหน้าและ
 บริหารจัดการได้ดี (\bar{x} = 4.29, SD = 0.47) และโดยรวมแล้วระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมมีความเหมาะสม
 (\bar{x} = 4.29, SD = 0.47) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อ
 ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน แยกรายข้อ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=14)

ข้อ	คำถามความพึงพอใจของผู้ดูแล	\bar{x}	SD.
ตอนที่ 1 : ด้านประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ บ้านสำหรับผู้ดูแล			
1	แนวทางการปฏิบัติช่วยให้เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดีขึ้น	4.21	0.58
2	เนื้อหาช่วยส่งเสริมการป้องกันแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพ	4.14	0.66
3	แนวทางการปฏิบัติช่วยให้ครอบครัวลดความกังวลในการดูแลผู้ป่วย	4.29	0.61
4	การฝึกปฏิบัติในโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้ที่บ้าน	4.5	0.52
5	การให้คำปรึกษาโดยพยาบาล/ทีมวิทยากรมีประโยชน์มาก	4.14	0.36
6	ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมแนวทางการปฏิบัติ	4.29	0.47
7	แนวทางการปฏิบัติช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียง	4.5	0.52
ตอนที่ 2 : ด้านรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหา			
8	เนื้อหาในการอบรมมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.14	0.36
9	การสาธิตและการฝึกปฏิบัติช่วยให้เข้าใจขั้นตอนชัดเจน	4.29	0.47
10	กิจกรรมในแนวทางการปฏิบัติมีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ	4.57	0.51
11	เอกสารประกอบการอบรมมีประโยชน์และใช้งานได้จริง	4.29	0.47
12	มีโอกาสดูแลเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ดูแลรายอื่นอย่างเพียงพอ	4.21	0.58
13	การเยี่ยมบ้านช่วยให้สามารถปรับปรุงการดูแลได้ตรงจุด	4.07	0.47
14	ทีมผู้ดูแลให้คำแนะนำอย่างเป็นมิตรและเข้าใจง่าย	4.43	0.51
15	มีการติดตามผลและให้ข้อมูลเสริมอย่างต่อเนื่อง	4.21	0.43
ตอนที่ 3 : ด้านระยะเวลาและการดำเนินการแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล			
16	ระยะเวลาอบรมแต่ละครั้งเหมาะสมกับเนื้อหา	4.36	0.63
17	จำนวนครั้งในการจัดอบรมเพียงพอและครอบคลุม	4.21	0.43
18	การจัดกิจกรรมตลอด 8 สัปดาห์ไม่เป็นภาระมากเกินไป	4.43	0.51
19	ตารางกิจกรรมมีการแจ้่งล่วงหน้าและบริหารจัดการได้ดี	4.29	0.47
20	โดยรวมแล้ว ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมมีความเหมาะสม	4.29	0.47

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติด
 เตียงที่บ้านภาพรวมรายด้าน พบว่า ด้านประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านสำหรับผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย(\bar{x} = 4.30 ,SD=0.25) รองลงมาคือ ด้านระยะเวลาและการ
 ดำเนินการแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านสำหรับผู้ดูแล มี

ค่าเฉลี่ย (\bar{x} = 4.31, SD=0.22) และด้านรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหา มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} = 4.28, SD=0.20) เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} = 4.29, SD=0.23) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านภาพรวมรายด้าน (n=14)

ข้อ	คำถามความพึงพอใจของผู้ดูแล	\bar{x}	SD.
1	ด้านประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านสำหรับผู้ดูแล	4.30	0.25
2	ด้านรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหา	4.28	0.20
3	ด้านระยะเวลาและการดำเนินการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล	4.31	0.22
ภาพรวม		4.29	0.23

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า บริบทการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่อง โดยต้องรับผิดชอบภาระการดูแลหลายด้าน ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน และการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ควบคู่กับภาระงานบ้านและบทบาทในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลจำนวนมากประสบปัญหาความเหนื่อยล้าทางร่างกาย ความเครียดทางจิตใจ และความกังวลในการดูแลผู้ป่วยนอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะเฉพาะทาง อุปกรณ์ช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ และสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เอื้อต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และคณะ ที่รายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังขาดสมรรถนะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบจากบุคลากรทางสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และคณะ ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะอย่างเป็นระบบจากบุคลากรทางสุขภาพ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันเบื้องต้น 2) การฝึกทักษะการทำกายภาพในบ้านเพื่อลดภาวะข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ 3) การดูแลแผลกดทับอย่างปลอดภัย และ 4) การสื่อสารเชิงบวกควบคู่กับการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวิรารัตน์ นิลสวัสดิ์ ⁽¹²⁾ ซึ่งรายงานว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่เน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และติดตามต่อเนื่องสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ระดับต่ำร้อยละ 21.43 ระดับปานกลางร้อยละ 57.14 และระดับสูงร้อยละ 21.43 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.43 ขณะที่ระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 21.43 และระดับสูงลดลงเหลือร้อยละ 7.14 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงลดลงอย่างชัดเจนทั้งในระดับรายข้อและภาพรวม สะท้อนถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่องในบริบทครัวเรือนจริง ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เลี้ยวจันทร์บริบูรณ์⁽¹⁴⁾ ที่รายงานว่า การพยาบาลที่บ้านอย่างเป็นระบบสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะภาวะแผลกดทับและภาวะข้อติด

ในด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลมีด้านประโยชน์ (\bar{x} = 4.30, SD = 0.25) ด้านรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหา (\bar{x} = 4.28, SD = 0.20) ด้านระยะเวลาและการดำเนินการ (\bar{x} = 4.31, SD = 0.22) และภาพรวมทุกด้าน (\bar{x} = 4.29, SD = 0.23) ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในครั้งนี้ไม่เพียงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมความมั่นใจ ความพึงพอใจ และศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และเป็นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา สุวรรณโชติ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติช่วยเพิ่มความมั่นใจและความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

โดยสรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน มีประสิทธิผลในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนอย่างเป็นระบบ ความสามารถของผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง โดยเฉพาะการป้องกันแผลกดทับ การลดภาวะข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ รวมถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ได้จริงในครัวเรือน และช่วยลดภาระทางกายและจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ไม่เพียงแต่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเท่านั้น แต่ยังมีความสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะและความมั่นใจของผู้ดูแล อันนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระดับครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม และใช้เป็นฐานความรู้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนให้มีความต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การรู้จักภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันเบื้องต้น การทำกายภาพในบ้านเพื่อลดข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ การดูแลแผลกดทับอย่างปลอดภัย และการสื่อสารเชิงบวกและการดูแลใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ไปประยุกต์ใช้ในครัวเรือนของผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้แนวปฏิบัตินี้เป็นคู่มือประจำบ้าน พร้อมทั้งมีการบันทึกและติดตามผลการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาทักษะ ความมั่นใจ และความต่อเนื่อง

ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างยั่งยืน

2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

3. หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในระดับนโยบาย โดยบูรณาการไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพตำบลหรือแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เพื่อให้สามารถจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มเติมการประเมินผล การเกิดผลกดทับใหม่ ระดับความรุนแรงของแผล ระดับการเคลื่อนไหวของข้อ จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะหรือทางเดินหายใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผลกระทบทางจิตใจ เพื่อสะท้อนความครบถ้วนของผลลัพธ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม

2. ควรพัฒนาและทดลองใช้เทคโนโลยีดิจิทัล แอปพลิเคชันสำหรับการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยระบบสื่อสาร (Telehealth) หรือวิดีโอสาธิตการดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร การติดตาม และการประเมินผล จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและลดภาระของหน่วยบริการ

3. ด้านการติดตามผลระยะยาว ควรดำเนินการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของแนวปฏิบัติ การสนับสนุนจากครอบครัว แรงจูงใจของผู้ดูแล และระบบการติดตามจากทีมสุขภาพ เพื่อใช้ปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมกับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้และให้โอกาสพัฒนางาน ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี ที่ให้โอกาสและความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจั่นทุกคน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Nakkul N. The development of a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani Municipality. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018;28(3):36–49. (in Thai)
2. Butimal P, Isaramalai S, Thaniwattananon P. Development of nursing practice guideline for preventing complications in bed-bound elders at home. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018;38(3):79–91. (in Thai)
3. Bekdemir A, İlhan N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. The Journal of Nursing Research. 2019;27(3):1–9.

4. Harries RL, Bosanquet DC, Harding KG. Wound bed preparation: TIME for an update [Internet]. International Wound Journal. 2016;13:8–14. [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12662>.
5. Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2001.
6. โชนิพัฒน์ วิสุญ, เอมอร ทาระคา. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566;41(2):1–14.
7. สุริยา พองเกิด, สุนันท์ ลินชื่อสัตย์กุล, สืบตระกูล ตันตลานุกร. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลญาติผู้ป่วยติดเตียง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):46–55.
8. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง: จากการทบทวนวรรณกรรมแบบประเมินการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://nursing.ops.moph.go.th/homeward2556.pdf>
9. จิตรกร วนะรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(2):285–94.
10. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับประชาชน. นนทบุรี: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://pranangklaohospital.moph.go.th/webpnk60/images/Appmanual/am-130.pdf>
11. เบลูจมาศ ทำเจริญตระกูล, อติพร สำราญบัว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(2):75-95.
12. วิรัตน์ นิลสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลและการวิจัยสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research). 2565;2(3):57–70.
13. จันท์เพ็ญ ภูตะวัน. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):198–206.
14. ปราณีย์ เสี้ยจันท์บริบูรณ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ชุมชน อำเภอเมืองราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช. 2566;3(2):1–13.
15. พัชรารณ ปินตา, กษิพัฒน์ เชียงแรง. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงโดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):611–15.
16. บุชบา สุวรรณโชติ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับในชุมชน: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1):513–21.