

# Reflection on Lesson Learned from Care of the Abandoned Bedridden Patient with Pressure Ulcer grade 3-4 Complication<sup>1</sup>

Unchalee Panyadee<sup>2</sup>  
Hathairat Phongsirisaen<sup>2</sup>  
Suttinee Sidthilaw<sup>2</sup>  
Hutsayaporn Intayos<sup>3</sup>

Received: 12 October 2021

Accepted: 8 December 2021

## Abstract

This qualitative research were to 1) to take lessons learned from the case study of the abandoned bedridden patient with pressure ulcer grade 3-4 complication and 2) to develop the care process guideline for the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication. The key information's were 3 staff of the primary and holistic care department, an infection controlling nurse, 2 nurses of inpatient department, and a family physician, 3 village health volunteers, the village headman, 3 staff of Huayor Subdistrict Municipality, totally 14 people. The study tool was a semi-structured interview form. The data collected by focus group discussions and in-depth interviews, data analysis by content and data synthesis. The results showed that the lesson learned for caring the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication was a cooperation community networks and related sectors participating. It was a model case, enabling all relevant sectors to learn how to care for the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication. And extracting essential skills of nursing home cares. The care process guidelines for the abandoned bedridden patients with pressure ulcer grade 3-4 complication were 1) The pre-visit phase used the principle of divide up the work, prepare the patient, medical supplies, home environment and coordination with community networks, by using 4M management principles. 2) The intermediate visit was assessed for health status, environment/community, village health volunteers who undertake caregivers, nursing plan. nursing practice, nursing record and organized a campaign donation. 3) The post-visit phase used a continuation nursing plan.

**Keywords:** Lesson Learned, Bedridden Patient, Pressure Ulcer, Caregiver

---

<sup>1</sup> Original Article

<sup>2</sup> Registered Nurse, Professional level at Long Hospital, Phrae Province, E-mail aun-panya18@hotmail.com

<sup>3</sup> Physiotherapist, Professional level at Long Hospital, Phrae Province

## การถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อน จากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล<sup>1</sup>

อัญชลี ปัญญาดี<sup>2</sup>  
หทัยรัตน์ พงษ์ศิริแสน<sup>2</sup>  
สุทธิณี สิทธิหล่อ<sup>2</sup>  
หัสยาพร อินทยศ<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อสม.ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลห้วยอ้อ จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการสังเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า บทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล คือ การมีเครือข่ายความร่วมมือโดยเครือข่ายชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และเป็นกรณีตัวอย่างทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล และสกัดทักษะจำเป็นของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล 1) ระยะก่อนเยี่ยม ใช้หลักการแบ่งงานกันทำในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน โดยใช้หลักการบริหาร 4 M 2) ระยะระหว่างเยี่ยม ใช้การประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ ชุมชน อสม. ผู้ดูแล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ขอรับสนับสนุน 3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้การกำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การถอดบทเรียน ผู้ป่วยติดเตียง แผลกดทับ ผู้ดูแล

<sup>1</sup> นิพนธ์ต้นฉบับ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่, อีเมล: aun-panya18@hotmail.com

<sup>3</sup> นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่

## บทนำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งกระบวนการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นกลวิธีสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (สำนักการพยาบาล, 2556) ทำให้ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูหายหรือทุเลาจากความเจ็บป่วย มีสุขภาพะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/หรือสร้างความอบอุ่นในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว

งานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลอง มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิในการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ แบบองค์รวมผสมผสาน และต่อเนื่อง ภาระกิจหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Ward) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย และภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดตามมาจากการติดเตียงคือการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้ป่วยจำกัด

การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรง พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ ต้องอาศัยการช่วยพลิกตะแคงตัวจากญาติหรือผู้ดูแล และแผลกดทับจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง (Nonnemacher et al, 2008) หรือมีแผลกดทับระดับ 3-4 ซึ่งเป็นระดับที่มีความรุนแรง และไม่มีผู้ดูแลที่จะช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมการหายของแผลกดทับที่ถูกต้อง

จากการวิเคราะห์ปัญหาหน้างานพบว่ายังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนทั้งทางคลินิกเนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรและระยะเวลาในการที่จะทำให้แผลกดทับหาย อีกทั้งยังมีความซับซ้อนทางด้านสังคมซึ่งต้องอาศัยการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการทุกภาคส่วน

ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้และใช้องค์ความรู้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการศึกษาปฏิบัติจริงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับและไม่มีผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล จากกรณีศึกษาในพื้นที่ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบ (Katz & Kahn, 1978) เนื่องจากเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในตลอดกระบวนการพัฒนา

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบปลายเปิดในการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564

## ประชากร

ประชากรในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลอง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 10 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครหมู่บ้านจำนวน 26 คน คณะกรรมการหมู่บ้านจำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลห้วยอ้อ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างจำเพาะเจาะจง โดยเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

เคสกรณีศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 14 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลอง จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครหมู่บ้านผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลห้วยอ้อ จำนวน 3 คน

## เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง ใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อ รวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์การพยาบาลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่พัฒนาขึ้นจากที่ประชุมของคณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้กรอบกระบวนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วนดังนี้ 1) สิ่งที่คาดหวังไว้เป็นอย่างไร 2) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างไร 3) ทำไมสิ่งที่เกิดขึ้นจริงจึงแตกต่างจากสิ่งที่คาดหวังไว้ 4) ได้เรียนรู้อะไร จะทำอะไร ต่อไปในอนาคต จะดำรงจุดแข็งและปรับปรุงอ่อน อย่างไร

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

- 2.1 การสนทนากลุ่ม (focus group interview) สนทนากลุ่มกับคณะบุคคลหลักผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนี้ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลอง จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน ณ ห้องประชุมตึก

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลลอง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ แนวคิด นโยบาย กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลคนอื่น และดำเนินการสนทนากลุ่มอีกครั้งภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อการสรุป สะท้อนข้อมูลและทวนสอบข้อมูลร่วมกัน

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักครอบคลุมผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 14 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรวมโรงพยาบาลลอง จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลตึกผู้ป่วยในจำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครหมู่บ้านผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้านหรือคณะกรรมการหมู่บ้านจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลห้วยอ้อจำนวน 3 คน ณ สถานที่ห้องประชุมตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลอง และ ณ บ้านของผู้ป่วย โดยจัดให้มีความเป็นส่วนบุคคลเพียงพอในการตอบเนื้อหาการสัมภาษณ์ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ องค์กรประกอบกระบวนการพัฒนาคุณลักษณะผลลัพธ์ ผลกระทบของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาระบบบริการ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 30-60 นาที และบางคนต้องใช้ในการสัมภาษณ์มากกว่า 1 ครั้ง

2.3 การบันทึกภาพและเสียงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ระหว่างการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้วิจัยทำการบันทึก

ย่อข้อมูลที่ได้ พร้อมกับการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกภาพและเสียงเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน และใช้ในการทวนสอบ ข้อค้นพบต่าง ๆ การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแหล่งข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่ต่างกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2556; Denzin, Lincoln, & Giardina, 2006) และแบบสามเส้าด้านนักวิจัย (Investigator Triangulation) โดยนำข้อมูลไปสะท้อน (Reflection) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง การวิเคราะห์ข้อมูล ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียง ข้อมูลจากบันทึกที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2553; Braun & Clarke, 2006) โดยการเปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของข้อมูล แล้วนำมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งการจัดลำดับขั้นตอนของสถานการณ์ แผนผังการจัดกลุ่มและความสัมพันธ์ของกิจกรรมและกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อการสังเคราะห์เป็นรูปแบบต่อไป

การวิจัยนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อของเคสกรณีศึกษา การนำการเสนอผลการวิจัยกระทำในภาพรวมเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์ข้อมูล

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่และพัฒนาการของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายบริการ

สุขภาพอำเภอลองจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 4 ระยะดังนี้

- 1) มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสู่บ้าน ด้วยแนวคิด “Home Ward” โดยการสร้างเตียงที่บ้าน ประกอบกับโรงพยาบาลมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน HA โดยใช้แนวคิดทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team; PCT) มาใช้ในการปฏิบัติงาน
- 2) มีการตั้งผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลองเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาควิชาหรือชายในชุมชน ในการวางแผนร่วมกัน
- 3) ทำแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) โดยแต่ละวิชาชีพนำข้อมูล ผู้ป่วย มาวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- 4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันและถอดบทเรียนที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 บทเรียนและผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า แผลกดทับมีขนาดของแผลลดลงจากระดับ 4 เป็นระดับ 2 โดยแผลที่มีเนื้อตายลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก มีลักษณะของแผลที่ตื้นขึ้นชั้นผิวหนังและเนื้อแผลแดงดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากแผลกดทับและในวาระสุดท้ายชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะการณตายดี (Good dead) และมีชีวิตบั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

“..ผู้ป่วยกลับมาแอดมิทด้วยเรื่องปัสสาวะไม่ออก และมีไข้แค่ครั้งเดียว หลังจากกลับบ้านได้ 1 ในครั้งแรก แต่พอเราเข้าไปสอนย้ำกับทีม

ผู้ดูแลคนไข้ก็ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลอีกเลย..จากการดูแลตลอด 8 เดือน.. [PK4]”

“...แผลคนไข้ดีขึ้น จากระดับ 4 เป็น ระดับ 2... [PK5]”

“...คนไข้ของผมได้ตายแบบที่ผมคิดคือมีภาวะการตายดี ไม่ตายแบบโดดเดี่ยว เรียกว่ามีชีวิตบั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แล้ว... [PK7]”

2.2 บทเรียนที่ได้รับ หลังดำเนินการถอดบทเรียนหลังทำกิจกรรม (AAR) ทั้งหมดพบว่า

2.2.1 สิ่งที่คาดหวังไว้คือ เกิดการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านที่เป็นรูปธรรม มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานหลัก เกิดเครือข่ายความร่วมมือ

“...เราน่าจะได้เครือข่ายความร่วมมือไว้ในพื้นที่นี้ รู้ว่าถ้าเกิดกรณีแบบนี้ เทศบาลเราจะประสานใคร หมู่บ้านเราจะประสานใคร หรือหากมันเกินกำลังของชุมชนจริงๆ พมจ. เราจะประสานใคร... [PK1]”

“...มีการแบ่งงานกันทำ คนไหนเตรียมเซททำแผล คนไหนประสานรถออกเยี่ยม คนไหนรายงานเคลกับแพทย์... [PK2]”

“...ถ้าเจอเคสที่ซับซ้อนแบบนี้ ญาติไม่มีคอมพลีเคชัน จะได้ว่าต้องประสานงานใคร ก่อนที่จะส่งคนไข้กลับบ้าน... [PK6]”

“...มีระบบงานชัดเจน...มีการรายงานเคลให้ทราบเป็นระยะๆ จะได้ว่าตอนนี้คนไข้เป็นอย่างไรบ้าง สภาวะทั่วไป ต้องการความช่วยเหลืออย่างไร จะได้ว่าวางแผนการรักษาถูก... [PK7]”

“...มีคนช่วยคิดว่า ถ้าเจอแบบนี้เราจะทำยังไงกันดี ชาวบ้านอาจจะม่แรง มีกำลัง

ที่จะไปช่วยกันอยู่' แต่ก็กังวลเรื่องการดูแล กลัวดูแลไม่ถูกต้อง แต่มีการวางแผนแบบนี้ ทำให้เรารู้ว่า อ่อ...เดี๋ยวเราต้องไปเตรียมอะไรที่บ้าน เขา เตรียมใครมาช่วยกันดูแล แบบนี้สบายใจ ขึ้นมาก... [PK11]"

"...มีการมาคุยกันก่อน วางแผนว่าเราจะทำ ยังไง ถ้าเคลแบบนั้นก็กลับไปที่บ้านแล้ว เหมือนมาช่วยกันคิด... [PK13]"

2.2.2 สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคือ เกิดการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านที่เป็นรูปธรรม มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานหลัก เกิดเครือข่ายความร่วมมือและเป็นกรณีตัวอย่าง ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย เพื่อนมุนุษย์ที่ไม่มีผู้ดูแล

"...มีการประชุมร่วมกันของทางโรงพยาบาล ทางตัวแทนชุมชน ตัวแทนอสม. และเทศบาล มีเครือข่ายในการประสานงาน แบ่งงานกันไป จัดการด้านต่างๆ... [PK1]"

"...ชุมชนเขาน่ารัก ขอความร่วมมืออะไร ก็ได้ ผลัดเปลี่ยนเวรกันมาดูแล... [PK2]"

"...มีประสานทำเรื่องขอยืม เตียงฟาวเลอร์ ที่นอนลม จากศูนย์ COC ที่มีผู้มาบริจาคไว้ ประสานเรื่องขอเบิกชุดอุปกรณ์ทำแผลกดทับ กอลใหญ่ ไสล์พิเศษ สำหรับเคลสนี้... [PK3]"

"...การที่มีผู้รับผิดชอบในการประสานกับ ชุมชนนี้ดี เพราะบางทีจะส่งคนไข้กลับบ้าน เราก็ไม่รู้จักใคร ยิ่งถ้าคนไข้ไม่มีญาติแล้วนี้ ทำให้รู้สึก เป็นห่วงว่าใครจะเอายาให้กิน ไหนจะเรื่องทำแผล อีก... [PK5]"

"...มีตัวหลักการประสานงานทั้งในรพ. และ เครือข่ายข้างนอก... [PK6]"

"...ระบบงานเยี่ยมบ้านเป็นรูปธรรมขึ้น เมื่อมีเครือข่ายคนไข้ไม่มีญาติ ไม่มีรถมาหาหมอ

สามารถทำให้ประสานขอความอนุเคราะห์ทาง เทศบาลมาส่งได้ มีช่องทางในการประสานงาน... อีกอย่างที่ดีคือ มีการประเมินคนไข้ มีแผนการ เยี่ยมบ้านที่เรากำหนดแผนการรักษา ร่วมกัน มีบันทึกสถานะคนไข้... [PK7]"

"...เราก็อุ่นใจ มันใจว่าถ้าเราไปดูดูแลเขา แล้วเขามีปัญหาเราก็มีพี่เลี้ยงที่สามารถโทร ประสานงาน ประึกษาได้มันดีตรงนี้... [PK9]"

"...พอเขาเห็นว่าเราทำแบบนี้จริงจัง ใครๆ ก็ยื่นมือมาช่วย พมจ.ก็มา ร้านค้าต่างๆในชุมชน ก็ช่วยเรื่องแพลเทิสมา... [PK10]"

"...ตอนแรกก็พากันกังวลกับเรื่องค่าใช้จ่าย ของคนไข้ แม้ว่าอาหารจะมีคนในชุมชนช่วยกัน แต่มันยังมีค่าไฟฟ้า ค่าแอมพิลิส แต่สุดท้ายเราก็ช่วยกันคิดและทำประชาลัมพันธ์ขอรับบริจาค เป็นพวกอาหารกับแอมพิลิส ก็มีคนมาช่วยกัน เรื่อง ค่าไฟก็ไปขอลดค่าไฟ แต่ปรากฏว่าไฟฟ้าเขาทำ เรื่องยกเว้นให้... มันเห็นน้ำใจของกันและกัน... [PK11]"

"...การทำงานแบบนี้มันเหมือนการเสริมพลังให้กันและกัน เรื่องนี้เราช่วยได้ เรื่องนี้หมอ ช่วย ตอนนี้นั่นนี้ไม่ว่าก็มีอีกคนไปช่วยกัน เสริมพลังกันไป... [PK14]"

2.2.3 สิ่งที่แตกต่างกันสิ่งที่คิดไว้ คือ เกิดต้นแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มี ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับ 3-4 และ ไม่มีผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยรายอื่นอีก 2 รายในช่วง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ทำให้ผู้รับผิดชอบงาน ดูแลที่บ้านมีแนวทางในการดำเนินการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยสู่บ้านได้ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นจริง จึงแตกต่างจากสิ่งที่ คาดหมายไว้เนื่อ งจาก เป็นความสำเร็จของการดำเนินงานในเคสกรณี ศึกษา ทำให้ชุมชนและภาคส่วนเห็นความสำคัญ

และให้ความร่วมมือในการจัดการผู้ป่วยในราย  
ถัดมา

“...ช่วงต้นปี 64 ก็มีเคสแบบนี้มาอีก  
จากการที่เราช่วยกันรอบที่แล้วมันเกิดเป็นต้นแบบ  
แม่แบบ หรือแบบอย่างให้เราเดินไปตามทางนี้  
ทำให้สามารถจัดการคนไข้รายใหม่ได้ไม่ลำบาก...  
[PK4]”

“มันกลายเป็นเรื่องหน้าหูที่จะช่วยกันดูแล  
คนในชุมชนเรา ที่เขาเจอสภาพแบบนี้ เป็นเรื่อง  
ที่ดีมากๆ ที่เราได้ช่วยกัน [PK11]”

2.2.4 บทเรียนที่ได้รับและเป็นปัจจัย  
สู่ความสำเร็จคือ ทักษะจำเป็นของพยาบาล  
ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยรายนี้  
มีแผลกดทับระดับ 4 และไม่มีผู้ดูแล พยาบาลและ  
ทีมปฏิบัติงานต้องมีทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะทาง  
คลินิก (Clinical Skill) โดยเฉพาะด้านการรักษา  
พยาบาล หัตถการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น  
ภายใต้ข้อจำกัดของเครื่องมือและผู้ที่จะคอย  
ช่วยเหลือ 2) ทักษะการเข้าถึงชุมชน การสร้าง  
สัมพันธภาพและเข้าถึงชุมชนได้ จะช่วยทำให้เกิด  
การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกชั้น ตอน  
ของการดำเนินงาน 3) ทักษะการทำงานเป็นทีม  
เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จของการดูแล  
สุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ  
จากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน  
4) ทักษะการประสานงาน การปฏิบัติงานในชุมชน  
ต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัด (พมจ.) และผู้บริจาคสิ่งของที่จำเป็น  
แก่ผู้ป่วย 5) ทักษะการจัดเก็บข้อมูลและ  
การเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ การรายงานข้อมูล  
ทางสุขภาพแก่แพทย์ ผู้รับผิดชอบ และ  
ทีมปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปวางแผน

จัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและ  
ชุมชนได้ 6) ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจ  
ด้านสุขภาพ คือ การสร้างความ มั่นใจให้กับผู้ป่วย  
ได้ตรงตามความต้องการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง  
(Patient-Center Care) เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน  
เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และแนะนำการหา  
แหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย สำหรับปัญหา  
อุปสรรคในช่วงนี้คือ การแพร่ระบาดของไวรัส  
โควิด-19 ทำให้ต้องมีการสวมอุปกรณ์ป้องกัน  
ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดความ  
ไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน และมีความเสี่ยง  
ที่จะนำเชื้อไวรัสโควิด-19 สู่อุปป่วย

“...การทำแผลในชุมชนเป็นเรื่องที่ยาก  
ต้องสู้กับสภาพแวดล้อมที่ไม่พร้อม ไหนจะหน้ากาก  
ไหนจะอากาศร้อนอยู่แล้ว คนช่วยพลิกช่วยจับ  
มีน้อย... อุปกรณ์ทำแผลต้องสะอาด... ในเทคนิค  
การทำแผลจะใช้แอลกอฮอล์เช็ดรอบแผลให้ชุ่มก่อน  
จากนั้นจึงค่อยๆดึงให้ผ้ากอลที่ติดไว้ออกมา  
แล้วทำความสะอาดแผลด้วยความนุ่มนวล เพราะ  
ถ้าเช็ดแรงเช็ดที่เกิดขึ้นใหม่ก็อาจหลุดลอกไปอีก...  
[PK1]”

“...การทำงานเป็นทีมที่ดี สามารถทำงาน  
และเขาได้กับทุกฝ่าย... [PK6]”

“...มีการประเมินคนไข้ มีแผนการเยี่ยม  
บ้านที่เรากำหนดแผนการรักษาร่วมกัน มีบันทึก  
สภาวะคนไข้... มีข้อมูลกลับมาให้พิจารณาเพื่อ  
ประเมินการเปลี่ยนแปลงของคนไข้... [PK7]”

“...การสอนแบบใกล้ชิดชิดของทีมนุชนหมอ  
ทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลคนไข้แบบนี้มาก  
ขึ้น พลิกตัวทำยังไง ให้คนไข้ออกกำลังทำยังไง...  
[PK9]”

“...เคยไปแอบฟังหมอคุยกับคนไข้ จะได้ยิน  
หมอบอกเสมอว่าให้สู้ๆ ให้กำลังใจคนไข้เก่ง และ



เราเองก็มั่นใจ มีอะไรเกี่ยวกับคนไข้ก็กล้าที่จะปรึกษา กล้าที่จะเล่า เพราะรู้ว่าจะมีทางออกร่วมกันที่ดี... [PK10]”

“...คนจะมาทำงานตรงนี้ ส่วนหนึ่งต้องมีอัธยาศัยดี เข้ากับทีมได้ ประสานเก่ง พูดจาดี... ทำให้ใครก็อยากทำงานด้วย... เพราะทำงานด้วยแล้วเราสบายใจ... [PK12]”

ส่วนที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

3.1 ระยะก่อนเยี่ยมใช้หลักการแบ่งงานกันทำในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน โดยใช้หลักการบริหาร 4 M คือ

3.1.1 Man: แพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อ ผู้ใหญ่บ้าน อสม.

3.1.2 Material: ชุดทำแผลกดทับ เตียงพาวเล่อร์ ที่นอนลม

3.1.3 Money: การคำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย ในเคสกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้พิการ และเบี้ยผู้สูงอายุ และไม่มีญาติ

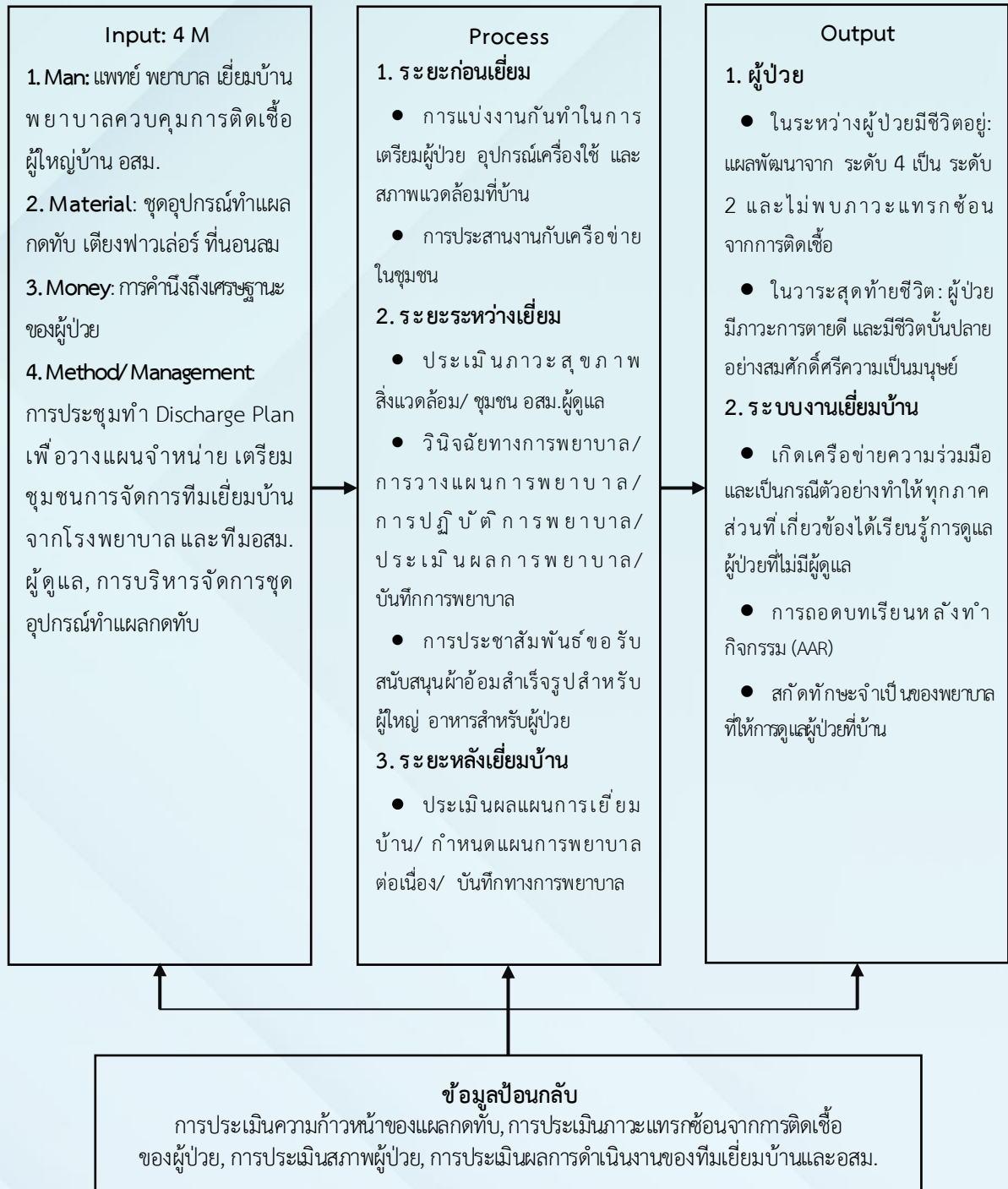
3.1.4 Method/ Management: การประชุมทำ Discharge Plan เพื่อวางแผนจำหน่ายเตรียมชุมชน การจัดการทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล และทีม อสม.ผู้ดูแล, การบริหารจัดการชุดอุปกรณ์ทำแผลกดทับ

3.2 ระยะระหว่างเยี่ยมใช้การประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ ชุมชน อสม. ผู้ดูแล วินิจฉัยทางการแพทย์/ การวางแผนการพยาบาล/ การปฏิบัติการพยาบาล/ ประเมินผลการพยาบาล/ บันทึกการพยาบาล

และการประชาสัมพันธ์ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ อาหารสำหรับผู้ป่วย

3.3 ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้การประเมินผลแผนการเยี่ยมบ้าน การกำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ผลการวิจัยทั้งหมดดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล

## สรุปผลการวิจัย

1. บทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล คือ การมีเครือข่ายความร่วมมือโดยเครือข่ายชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และเป็นกรณีตัวอย่างทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเกิดเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล และสกัดทักษะจำเป็นของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ตามทฤษฎีระบบ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนเยี่ยมใช้หลักการแบ่งงานกันทำในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน โดยใช้หลักการบริหาร 4 M คือ 1.1) Man: แพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อผู้ใหญ่บ้าน อสม. 1.2) Material: ชุดทำแผลกดทับเตียงฟาวเลอร์ ที่นอนลม 1.3) Money: การคำนึงถึงเศรษฐฐานะของผู้ป่วย ในเคสกรณีศึกษาผู้ป่วยมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้พิการ และเบี้ยผู้สูงอายุ และไม่มีญาติ 1.4) Method/ Management: การประชุมทำ Discharge Plan เพื่อวางแผนจำหน่าย เตรียมชุมชน การจัดการทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล และทีมอสม.ผู้ดูแล, การบริหารจัดการชุดอุปกรณ์ทำแผลกดทับ 2) ระยะระหว่างเยี่ยม ใช้การประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ ชุมชน อสม.ผู้ดูแล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และการประชาสัมพันธ์

ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ อาหารสำหรับผู้ป่วย 3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้การกำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ในการดำเนินการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 3.1) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ แผลกดทับดีขึ้นและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ในวาระสุดท้ายชีวิต: ผู้ป่วยมีภาวะการตายดี และมีชีวิตบั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 3.2) ผลลัพธ์ในระบบงานเยี่ยมบ้าน เกิดเครือข่ายความร่วมมือและเป็นกรณีตัวอย่างทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ส่วนการประเมินผลจะใช้ในทุกระยะเพื่อให้สามารถดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

## การอภิปรายผลการวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในการศึกษานี้ มีการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ ผลจากการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายนี้คือ มีกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และความร่วมมือจากชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การวางแผนจำหน่ายซึ่งเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่สำคัญ สามารถช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการกลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของครอบครัว ความต้องการการพึ่งพาของผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2556)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ชไมพร บัวพิน, พรชัย จุลเมตต์ และนิยม พิสิษฐพัฒนา (2562) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการ วางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 นอกจากนี้ McKeeHan (1981 อ้างใน สำนักการพยาบาล, 2556) กล่าวถึงความสำคัญของวางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ซับซ้อนมาก และกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึง ระดับพึ่งพาตนเองได้ตามภาวะโรค ทั้งนี้ การที่ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายจะสัมฤทธิ์ผลได้ ยังต้องมีระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นทีมที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นระบบ การพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในลักษณะ เครือข่าย และจัดระบบการเยี่ยมบ้านให้เป็นระบบ เดียวกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้ทีมที่ปฏิบัติงานเข้าใจและใช้แผนการ จำหน่ายแผนเดียวกัน เพื่อให้แผนการพยาบาล มีความต่อเนื่องมุ่งสู่เป้าหมายการพยาบาล ที่กำหนดไว้ และประสานทีมสหสาขาเข้ามาร่วม ดูแล สำหรับผู้ป่วยรายนี้ นอกจากจะมีระบบ การพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ทำให้ ประสพผลสำเร็จคือ ปัจจัยสนับสนุน การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งได้ ศักยภาพ

ของชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วย และ เครือข่ายชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และผู้บริจาคสิ่งของ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่เกื้อกูลกัน ในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน เพื่อให้เกิดเครือข่ายสุขภาพจากทุก ภาคส่วน ในชุมชนให้สามารถดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ ศุภวดี แถวเพ็ญ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า ความสำเร็จของผล การศึกษานี้เกิดจากการพัฒนาข้อมูลพื้นฐาน ของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และ ทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ของชุมชน เครือข่ายชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) กับบริบทของชุมชน จนทำให้ได้ รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็น ปัจจัยสู่ความสำเร็จคือ ทักษะจำเป็นของพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมีผลกตทัชระดับ 4 และไม่มีผู้ดูแล พยาบาล และทีมปฏิบัติงานต้องมีทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะทาง คลินิก (Clinical Skill) โดยเฉพาะด้านการรักษา พยาบาล หัตถการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ภายใต้อำนาจจำกัดของเครื่องมือและผู้ที่ จะคอย ช่วยเหลือ 2) ทักษะการเข้าถึงชุมชน การสร้าง สัมพันธภาพและเข้าถึงชุมชนได้ จะช่วยทำให้เกิด การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของ การดำเนินงาน 3) ทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จของการดูแล

สุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะซึ่งกันและกัน 4) ทักษะการประสานงาน การปฏิบัติงานในชุมชน ต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด (พมจ.) และผู้บริจาคสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย 5) ทักษะการจัดเก็บข้อมูลและการเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ การรายงานข้อมูลทางสุขภาพแก่แพทย์ ผู้รับผิดชอบ และทีมปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปวางแผนจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้ 6) ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ คือ การสร้างความ มั่นใจให้กับผู้ป่วย ได้ตรงตามความต้องการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Center Care) เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และแนะนำการหาแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับสำนักการพยาบาล (2556, หน้า 50-52) ที่กำหนดทักษะที่จำเป็นของพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และแสดงให้ประชาชนประจักษ์ในผลการปฏิบัติงานของพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ครอบคลุมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยการออกแบบ

ปรับระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การพัฒนาทักษะของ บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแล การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ตลอดจน การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง อย่างมี คุณภาพ มีมาตรฐาน อย่างอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

2. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในเครือข่าย บริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เชื่อมต่อการบริการแก่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่บ้านผู้ป่วยในชุมชน ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพได้

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของระบบ การบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ระดับ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล เช่น เตียงฟาวเลอร์ ที่นอนลม ชุดทำแผลกดทับ อาหาร และผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำหรับผู้ใหญ่

#### เอกสารอ้างอิง

- ชไมพร บัวพิน, พรชัย จุลเมตต์ และ นิยม พิสิษฐ พิพัฒนา. (2562). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผน จำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลการสาธารณสุขภาคใต้*. 6(1), 51-62.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ ศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

- สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงใน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง  
มัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์  
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงาน  
ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.  
23(2), 79-87.
- ศิริพร จิรวัดนนกุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพ  
ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
บริษัทวิทยพัฒน์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2556). วิธีการวิจัยเชิง  
คุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล. (2556). ความหมายที่  
เกี่ยวข้องกับพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.  
ในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. (น.16-55).  
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง  
ประเทศไทย.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using  
thematic analysis in psychology,  
*Qualitative Research in  
Psychology*, 3(2), 77-101.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M.  
D. (2006). Disciplining qualitative  
research. *International Journal of  
Qualitative Studies in Education*,  
19(6), 769-782.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social  
psychology of organizations* (2nd  
ed.). New York: Wiley.
- Nonnemacher M, Stausberg J, Bartoszek G,  
Lottko B, & Neuhaeuser M, Maier I.  
(2008). Predicting pressure ulcer  
risk: a multifactorial approach to  
assess risk factors in a large  
university hospital population. *JCN*,  
18, 99-107.