

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน Development of a Health Care System for Bedridden Older Adults in the Community

วีณา ลิ้มสกุล¹, เกศรา ต้นเซ่ง^{1*}, กฤษณา สังขมณีจินดา¹

Weena Limsakul¹, Ketsara Tanseng^{1*}, Kritsana Sungkamuneejinda¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี¹
Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University¹

(Received: June 2, 2025; Revised: July 30, 2025; Accepted: January 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และพัฒนาระบบและประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 ราย การวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน 2) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และ 3) ประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า ระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีหน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งทีมสุขภาพและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลและจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แต่ยังไม่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันในทุกหน่วยงาน รูปแบบของระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการสนับสนุน 2) การสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 3) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง 4) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน 5) การเข้าถึงบริการฉุกเฉิน และ 6) การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$) แต่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.44$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้นำระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาประสิทธิภาพของระบบดังกล่าวเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุติดเตียง, ชุมชน, ผู้ดูแล, การสนับสนุนทางสังคม

*ผู้ให้การติดต่อ เกศรา ต้นเซ่ง e-mail: kassara1979@hotmail.com

Abstract

This research and development study aimed to examine the current situation of care for bedridden older adults in the community and to develop and evaluate a health care system for bedridden older adults in the community. The study sample consisted of individuals involved in the care of bedridden older adults and family caregivers, totaling 40 participants. The study was conducted in three phases: 1) assessment of the current situation of care for bedridden older adults in the community; 2) development of a health care system for bedridden older adults in the community; and 3) evaluation of the health care system for bedridden older adults in the community. The research instruments included a focus group discussion guide, a social support assessment questionnaire, a quality of life assessment questionnaire, and a satisfaction questionnaire regarding the health care system for bedridden older adults in the community. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that the health care system for bedridden older adults in the community involved responsible organizations from both the health care team and the Subdistrict Administrative Organization, which provided care-related equipment and arranged care assistants for dependent older adults in the community; however, the system was not yet comprehensive or fully integrated across all relevant organizations. The developed community-based care system comprised six components: 1) assessment of dependency levels and support needs, 2) support for establishing a social welfare system to enhance access to health services for dependent older adults, 3) home visits for bedridden older adults, 4) home environment modification, 5) access to emergency services, and 6) development of caregivers' knowledge and caregiving skills. The evaluation of the implementation of the health care system in the community, as assessed by the social support of caregivers of bedridden older adults before and after system development, demonstrated a statistically significant difference (p -value = 0.048), whereas caregivers' quality of life did not show a statistically significant difference (p -value = 0.44). The findings suggest that the health care system in the community for bedridden older adults should be further applied and evaluated to examine its effectiveness in promoting the quality of life of caregivers of bedridden older adults.

Keywords: Health Care System, Bedridden, Community, Caregivers, Social Support

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ระหว่างปี ค.ศ. 2015 ถึง ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 เป็น 22 ของประชากรโลก และในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางจะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 80 (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 13,542,377 คน คิดเป็นร้อยละ 20.92 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567ก) มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี และจากประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2567 ที่พบผู้ป่วยติดเตียง 41,689 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567ข) ทั้งนี้จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงสูงเนื่องจากแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น งบประมาณในการดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิงเฉลี่ยสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี (กรมอนามัย, 2563ก) นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุทั้งภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดทั้งวัน ต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ในครอบครัว และการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (สุดาลินี สุทธิฤทธิ์, อรณิส ยวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณิ นิยมจิตร, ณัชชยาภรณ์ บัวแสง และศิรินยา รอดเจริญ, 2564) การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจึงเป็นหน้าที่สำคัญของคนในครอบครัวที่ต้องดูแล

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเป็นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยส่วนใหญ่ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุติดเตียงนั้นต้องการการสนับสนุนในการดูแล และต้องการให้บุคลากรสุขภาพเข้าเยี่ยมเพื่อให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและของผู้สูงอายุ (ธนพงศ์พันธ์ พวงทวี, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล, 2563; สุริยา พองเกิด, 2562) นอกจากนั้นต้องการการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (Fernandes, Margarethb, & Martinsc, 2018) การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ และชญาภา บุญลือ, 2564) นอกจากนี้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงและการช่วยเหลือจากชุมชนโดยการให้ความรู้ คู่มือการดูแล การฝึกปฏิบัติและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าภายหลังการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ อีกทั้งยังเพิ่มคุณภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น (พิณทิพย์ จำปาพงษ์, 2561) การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจึงควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 103,934 คน คิดเป็นร้อยละ 20.59 ของประชากรทั้งหมด (กรมอนามัย, 2565ข) ซึ่งมีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สำหรับอำเภอสวี ในปี

พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 5,633 คน คิดเป็นร้อยละ 9.34 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุติดเตียง 96 คน คิดเป็นร้อยละ 1.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) และตำบลด่านสวี มีจำนวนผู้สูงอายุ 468 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงและติดเตียงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (หมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 11, 2565) จากการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อพส. และ อสม. ตำบลด่านสวี ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและติดเตียง พบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียงต้องการอุปกรณ์การแพทย์ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตำบลด่านสวีมีการสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุติดเตียง และครอบครัว และนอกจากนี้มีการจัดตั้งธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ไว้ให้ผู้ดูแลไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เช่น เตียงผู้ป่วย ถังออกซิเจน โดยอุปกรณ์การแพทย์บางส่วนจะได้รับการบริจาคจากประชาชนในชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุติดเตียงแต่ในบางช่วงไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงทุกรายทั้งนี้เนื่องจากมีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวนเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต้องดูแลอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อาหารเหลวที่ให้ทางสายเนื่องจากบางครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และบางส่วนต้องการความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล ทั้งกรณีฉุกเฉินหรือไปพบแพทย์ เนื่องจากบางครั้งผู้ดูแลไม่มีรถที่จะส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักบางคนยังขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการให้ความรู้ผู้ดูแล ทาง รพ.สต. มีการจัดอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนแต่ยังขาดการทบทวนและเพิ่มเติมความรู้เพื่อให้ อพส. และ อสม. เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อยในการเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง คณะผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยความร่วมมือของชุมชนและทีมสุขภาพโดยประยุกต์กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเตียง เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีและผู้ดูแลหลักได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

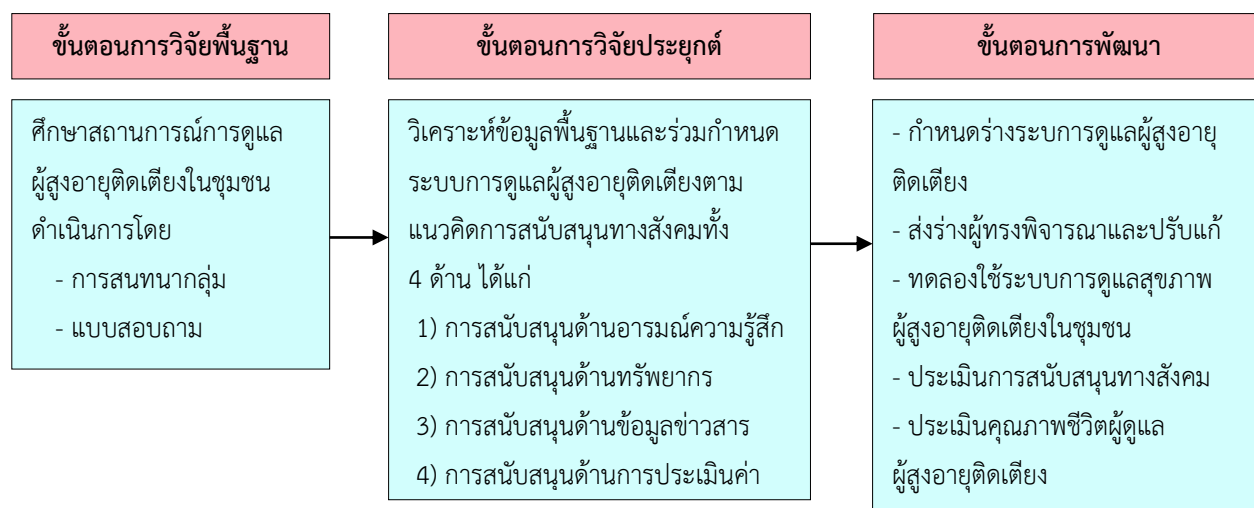
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ตำบลด่านสวี อำเภอสวี จังหวัดชุมพร
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ตำบลด่านสวี อำเภอสวี จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาผลการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ตำบลด่านสวี อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ได้ประยุกต์การสนับสนุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในการพิจารณาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนให้ครอบคลุม

ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Support) เป็นการเอาใจใส่ ให้การดูแล ทำให้บุคคลรู้สึกได้ถึงความห่วงใยส่งผลต่อภาวะสุขภาพและความเครียด 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่บุคคลทำให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ผู้ดูแลปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งนำแนวคิดนี้มาดำเนินการวิจัยซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวิจัยพื้นฐานเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ 2) ขั้นตอนการวิจัยประยุกต์เพื่อนำความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ในการสร้างวิธีการ และ 3) ขั้นตอนการพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง และแก้ไข เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้ดียิ่งขึ้น ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนด้านสรี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และระยะที่ 3 การประเมินโดยทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนและถ่ายทอดระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน พื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ ตำบลด่านสวี อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. จำนวน 48 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียง 32 คน ผู้นำท้องถื่น จำนวน 5 คน และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ จำนวน 5 คน เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลด่านสวี อำเภอด่านสวี จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนในตำบลด่านสวี อำเภอด่านสวี จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ตัวแทนหมู่บ้านจำนวน 10 หมู่บ้านทั้ง อสม. จำนวน 10 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 10 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 10 คน ผู้นำท้องถื่นจำนวน 5 คน และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ จำนวน 5 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้นำท้องถื่นจำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 2 คน ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 2 คน และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 มีจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นประชากรที่ศึกษาเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลที่ทดลองใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนและเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ให้ข้อมูลในระยะที่ 1 และไม่ได้เป็นทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน โดยแบ่งเป็น

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลด่านสวี จำนวน 10 คน ซึ่งผู้วิจัยสอบถามคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 10 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจในการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารด้านการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวสูงอายุผู้สูงอายุ ได้แก่ ลูก หลาน ญาติ อายุต้องมากกว่า 18 ปีและเป็นผู้ดูแลหลัก

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุที่ได้รับค่าจ้างและไม่ใช่คนในครอบครัว และ 2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สาเหตุการนอนติดเตียง และระยะเวลานอนติดเตียง

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามลักษณะปลายเปิด มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม ในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

3. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน มีจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน การช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงกรณีฉุกเฉินหรือการรักษาต่อไป การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง การส่งเสริมศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีลักษณะมาตราเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วย ปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลความหมายคะแนน ดังนี้ โดยคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของและบริการ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามมีลักษณะปลายเปิดและมาตราเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

{7/20}

มี 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และการสนับสนุนทางสังคมมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน) ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายหลังการทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 7 ข้อ ใน 5 ด้าน คือ 1) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 2) การบริการสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน 3) การสนับสนุนและช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของและบริการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 4) การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุติดเตียง และ 5) ความพึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด 4 หมายถึง ระดับมาก 3 หมายถึง ระดับปานกลาง 2 หมายถึง ระดับน้อย และ 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายหลังการทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนระดับความพึงพอใจ คือ คะแนน 1.00 ถึง 1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนน 1.51 ถึง 2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 2.51 ถึง 3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 3.51 ถึง 4.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก คะแนน 4.51 ถึง 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) โดยประเมินความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามประกอบด้วยองค์ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 3 ข้อ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุติดเตียง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน และนักวิชาการ สาธารณสุขที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) โดยแนวคำถามการสนทนากลุ่มได้ค่า IOC เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามความคิดเห็น แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมได้ค่า IOC เท่ากับ 1, 1 และ 0.95 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในเขตตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91, 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลื่อมดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียง ผู้นำท้องถิ่น และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยแยกการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มในประเด็นระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนที่ผ่านมา ปัญหาและ อุปสรรคที่เกิดขึ้น สรุปประเด็นและนำเสนอภาพรวมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเพื่อตรวจสอบ และร่วมกันพิจารณาข้อมูลอีกครั้ง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

1. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนจัดทำเป็นร่างระบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนจากนั้นนำร่างระบบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2 คน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสม ทีมพัฒนาร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ วิธีการดำเนินการ และกิจกรรมต่าง ๆ ในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

1. ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ชี้แจงระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนแก่ผู้นำท้องถิ่นและประชาชน ในชุมชน จากนั้นนำไปทดลองใช้
2. ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและสอบถามคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเป็นระยะเวลา 2 เดือน จากนั้นประเมินผลการทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ถอดบทเรียนภายหลังการดำเนินการใช้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบและวางแผนการเผยแพร่ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และทดสอบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน การทดสอบด้วยสถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ (Nonparametric Statistics) โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายโค้งไม่ปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัย ผ่านการอนุมัติเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรม รหัสโครงการวิจัย SRU-EC2023/047 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย การถอนตัวจากการวิจัย การบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนด้านสวัสดิวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และประเมินและถ่ายทอดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ซึ่งได้สรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

สถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน มีผู้สูงอายุ 1,104 คน คิดเป็นร้อยละ 21.47 โดยเป็นผู้สูงอายุติดเตียง 37 คน คิดเป็นร้อยละ 3.35 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีกระบวนการคัดกรองผู้สูงอายุ โดย ผู้จัดการระบบ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนำข้อมูลผู้สูงอายุที่คะแนนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน น้อยกว่า 6 เข้าสู่ระบบ การดูแลระยะยาว หลังจากนั้น อบต.จะประชุมคณะกรรมการจึงสามารถใช้เงินกองทุนตำบลในการจัดหาวัสดุ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง แต่ในปีงบประมาณ 2565 ไม่ได้ใช้เงินส่วนนี้เนื่องจากสถานการณ์โควิด

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ของ อบต. โดยมีการจัดจ้างนักบริบาลท้องถิ่น จำนวน 2 คน รับเงินเดือน ๆ 5,000 บาท นักพัฒนาชุมชนประสานหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อขอเงินสงเคราะห์ครัว จำนวน 3,000 บาท/ครั้ง มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียง เช่น จัดกิจกรรมและน่ายายได้มอบให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ได้แก่ อบต. ไม่มีผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ผู้สูงอายุในชุมชนขอให้เพิ่มเงินช่วยเหลือแต่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากไม่มีกฎหมาย บัญญัติไว้ นอกจากนั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลบางส่วนไม่ทราบข้อมูลหรือสิทธิการได้รับการช่วยเหลือ

ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ต้องการให้มีการจัดให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิง และให้มีผู้ผ่านหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม. เพิ่มขึ้นให้ครบทุกหมู่บ้าน จัดการอบรม อสม. ให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนด้านสรี

การระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1) การประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการสนับสนุน 2) การสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคม 3) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง 4) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน 5) การเข้าถึงบริการฉุกเฉิน และ 6) การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการสนับสนุน มีการดำเนินการดังนี้

2.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกันคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยดำเนินการดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุ คะแนนน้อยกว่า 11 ประเมินทุก 1 เดือน, 5-11 คะแนน แบ่งเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมิน 4 ครั้งต่อเดือน และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม ประเมิน 2 ครั้งต่อเดือน และกลุ่ม 0-4 คะแนน ประเมิน 4 ครั้งต่อเดือน จากนั้น ประเมินเพิ่มเติมเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการและครอบคลุมกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดตามการประเมินผู้สูงอายุติดเตียงซ้ำทุกเดือนเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงหากมีการเปลี่ยนแปลงประชุมร่วมกับผู้จัดการระบบดูแลระยะยาววางแผนการในดูแลผู้สูงอายุใหม่อีกครั้ง

2.1.2 การนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุติดเตียงแก่ชุมชนเพื่อให้ทุกคนเกิดความตระหนักและร่วมมือกันดูแลผู้สูงอายุ โดย รพ.สต. ทำหนังสือรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงในทุกหมู่ในรอบ 6 เดือน และส่งรายงานแก่ผู้นำท้องถิ่น และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเสนอในที่ประชุมหมู่บ้าน

2.1.3 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ประเมิน ADL ทุกไตรมาส และประเมินซ้ำเมื่อดูแลครบ 9 เดือน หากมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มจัดทำแผนการดูแล เพื่อเสนอขอของบกองทุนการดูแลระยะยาวรอบใหม่

2.2 การสนับสนุนสวัสดิการสังคม มีการดำเนินการดังนี้

2.2.1 อบต. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์สิทธิการรักษาแก่ประชาชนผ่านผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พมจ. เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับสวัสดิการบัตรผู้พิการ

2.2.2 อบต. ร่วมกับ รพ.สต. จัดให้มีธนาคารอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้มีแหล่งในการยืมอุปกรณ์ที่เหมาะสม

2.2.3 จัดระบบการดูแลและการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์พร้อมใช้สำหรับผู้สูงอายุทุกราย

2.3 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง มีการดำเนินการดังนี้

2.3.1 ทีมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตัวแทนผู้นำท้องถิ่น สมาชิก อบต. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้พิการของอบต. วางแผนและกำหนดการเยี่ยมในแต่ละครั้งร่วมกันของทีมบุคลากรในการเยี่ยม โดยผู้สูงอายุติดเตียงทุกรายมีการติดตามเยี่ยมโดยทีมปีละ 1 ครั้ง

2.3.2 การเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพมีการกำหนดและติดตามการเยี่ยมร่วมด้วยในการเยี่ยมบ้านมีการประเมินสภาพแวดล้อม การดูแลต่อเนื่อง และแนะนำช่องทางฉุกเฉิน กรณีผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาซับซ้อน ประสานข้อมูลในการส่งต่อทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลด่านสวีดูแลต่อไป

2.3.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และทุก 3 เดือน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล

2.4 การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน

2.4.1 อบต. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปรับสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

2.4.2 ทีมสุขภาพ และผู้นำท้องถิ่นร่วมกันสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุติดเตียงทุกราย หากมีรายใดต้องดำเนินการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุแต่ครอบครัวไม่สามารถ

ดำเนินการได้ ให้ อสม. หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแจ้งเจ้าหน้าที่ อบต. เพื่อขอยื่นเอกสารดำเนินการของบประมาณดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ นอกจากนั้น อบต. ส่งข้อมูลให้ผู้นำชุมชนสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่ โดยสำรวจปีละ 1 ครั้ง

2.5 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ มีการดำเนินการ ดังนี้

2.5.1 กรณีฉุกเฉิน

2.5.1.1 การเข้าถึงบริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือ โดยแจ้งเหตุทางโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 1669

2.5.1.2 ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในกรณีต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลอย่างถูกต้องระหว่างรอการช่วยเหลือ

2.5.1.3 ห้องฉุกเฉินควรมีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ มีความปลอดภัยเมื่ออยู่บนรถปฏิบัติการฉุกเฉิน และห้องฉุกเฉินควรมีช่องทางพิเศษ (Fast Track)

2.5.2 กรณีขอความช่วยเหลือในการนำส่งโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ช่องทางติดต่อ อบต./เทศบาล จัดรถรับ-ส่ง กรณีมีอุปสรรคในการเดินทางไปโรงพยาบาล เช่น ไม่มีรถส่วนตัว รถสาธารณะขาดแคลน ให้ผู้ดูแลทราบ

2.6 การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแล มีการดำเนินการ ดังนี้

2.6.1 อบต. ร่วมกับ รพ.สต. ส่งเสริมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อลดความเครียด และส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ระยะที่ 3 การทดลองระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

การทดลองระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนต่อไป โดยทำการทดลองใน 1 ตำบล ซึ่งเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มตัวอย่างในการทดลองการใช้ระบบ ประกอบด้วย ในระหว่างการทดลองมีผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้สูงอายุติดเตียง อสม.และ อผส. จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 2 เพื่อลดอคติในการวิจัย การทดลองระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนใช้ ระยะเวลา 2 เดือน การนำเสนอข้อมูลการทดลองระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชายจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่มีมากกว่า 80 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมามีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30

ตามลำดับ และสาเหตุของการนอนติดเตียงส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและความชรา ระยะเวลาการนอนติดเตียงส่วนใหญ่ อยู่ในระยะช่วง 6-10 ปีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงจำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชายจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 40 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน ในช่วงมากกว่า 3 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่ ร้อยละของผู้ดูแลสูงอายุติดเตียง จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว ประสบการณ์ และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	6	60
ชาย	4	40
อายุ (Mean = 64.10, S.D. = 8.49)		
51-60 ปี	3	30
61-70 ปี	5	50
71-80 ปี	2	20
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	4	40
ไม่มีโรคประจำตัว	6	60
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง		
น้อยกว่า 1 ปี	3	30
1-3 ปี	2	20
มากกว่า 3 ปี	5	50

3.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

พบว่า ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ($Z = -0.76, p\text{-value} = 0.44$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะก่อนและหลังใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน (n=10)

คุณภาพชีวิต	Z	P-value
ก่อน-หลังการทดลอง	-0.76 ^b	0.44 ^a

*p-value < 0.05; a. Wilcoxon Signed Ranks Test; b. Based on negative ranks

3.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ($Z = -2.04$, $p\text{-value} = 0.04$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะก่อนและหลังใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

การสนับสนุนทางสังคม	Z	P-value
ก่อน-หลังการทดลอง	-2.04 ^b	0.04 ^a

*p-value < 0.05; a. Wilcoxon Signed Ranks Test; b. Based on negative ranks

3.4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.30) และด้านการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Mean = 4.30) การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุติดเตียง (Mean = 4.20) การสนับสนุนและช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของและบริการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (Mean = 4.06) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ (Mean = 4.00)

3.5 ความคิดเห็นต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนของ อสม.และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อสม. และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเห็นด้วยในระดับมากกับระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพ อสม. และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean = 4.62) การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Mean = 4.48) การช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงกรณีฉุกเฉินหรือส่งต่อโรงพยาบาล (Mean = 4.42) การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (Mean = 4.15)

การอภิปรายผล

การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีวัตถุประสงค์เป็นการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนและพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนและประเมินและถ่ายทอดระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ สถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียง

ในตำบลด่านสวี ตำบลด่านสวีมีผู้สูงอายุ 1,104 คน คิดเป็นร้อยละ 21.47 โดยเป็นผู้สูงอายุติดเตียง 37 คน คิดเป็นร้อยละ 3.35 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลด่านสวี มีกระบวนการคัดกรองผู้สูงอายุ โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งดำเนินการเป็นไปตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับตามกำหนดของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีการมีส่วนร่วมของ อบต. โดย อบต.ทำการจ้าง นักบริบาลหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้านให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล ตามแผนการดูแลรายบุคคล ตามแผนที่กำหนดไว้ และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนพร้อมให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ อบต.มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยมีกิจกรรมและนำเงินบางส่วนให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนที่ผ่านมายังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนและชุมชนมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนในครั้งนี้จึงได้บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทีมสุขภาพ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เป็นรูปธรรมและระบบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงในชุมชนใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุณยณัฐ จิเมลิ, ธนกร ปัญญาโสโสภณ และพรวิวัฒน์ ชื่นใจเรือง (2564) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น การมีส่วนร่วมในชุมชนทั้งในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรนนท์ วรรณศิริ และดวงพร ผาสุวรรณ (2564) พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในชุมชนโดยอบต. ร่วมกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณทีมสุขภาพมีส่วนในการคัดกรอง ประเมินผู้สูงอายุ มีการติดตามการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพิ่มศักยภาพผู้ดูแล อสม.และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรศร สุขนา (2567) พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมีการวางแผนงานโครงการร่วมกันตามบริบทของพื้นที่ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเหมาะสมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และ อพส. เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ถูกต้องและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การอบรมให้ความรู้ การสาธิต

การฝึกปฏิบัติ การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ได้จริงและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ มีความรู้ และเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียงได้ (นิสาชล นาคกุล และปานดวงใจ เสนชู, 2564; นเรศ มณีเทศ, 2565) อย่างไรก็ตามในระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนครั้งนี้มีส่วนที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากยังไม่มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ แต่มีบริการช่วยเหลือเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีรถบริการในช่วงเวลาราชการเท่านั้น บางครั้งไม่สามารถให้บริการผู้สูงอายุได้เมื่อต้องการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การทดลองใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีมากกว่า 80 ปี จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุของการนอนติดเตียงส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและความชรา โดยระยะเวลาการนอนติดเตียง ในช่วง 6-10 ปีจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรกร วนะรักษ์ (2564) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 44.44 และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และร้อยละ 90 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้สูงอายุเช่นกันซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ อีกทั้งมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาหรือรับยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (สุดาสิณี สุทธิฤทธิ์, อรณิส ยวงทอง, วราภา จันทรเฑียร, สุวรรณ นิยมจิตร, นิชชยาภรณ์ บัวแสง และศิริณยา รอดเจริญ, 2564) อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยก่อนและหลังใช้ระบบการดูแลซึ่งไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากกว่า 3 ปี ซึ่งประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดาพร บุรานอก และปณิธาน กระสังข์ (2567) ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเนื่องจากการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีระยะเวลาการทดลองสั้นอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนในครั้งนี้มีการใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในหลายด้านทั้ง การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีระบบการยืมอุปกรณ์ เตียงผู้ป่วย หรือมีโครงการให้ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่

การให้บริการเจาะเลือดที่บ้านส่งตรวจโดยทีมสาธารณสุขกรณีผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลได้ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้นซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาภรณ์ เทียงหนู (2566) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาติดเตียง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทดลองใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ระยะเวลา 2 เดือน เพื่อพิจารณาส่วนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขให้ระบบมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้นจึงอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนมีความครอบคลุมในส่วนของการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อสม. และ อพส. ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ชุมชนอื่น ๆ สามารถนำระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนไปประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนติดเตียง ลดปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและครอบครัวในระยะยาว และช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ในกรณีฉุกเฉินยังไม่ชัดเจนเนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือในหลายเครือข่าย ควรศึกษาเพิ่มเติมในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและมีความปลอดภัย
2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนในระยะยาว โดยเน้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น รวมถึงปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ หรือปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินการในระบบ เพื่อปรับปรุงให้ระบบมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน และครอบคลุมความต้องการของชุมชนเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567ก). อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ และ อัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรไทย ปี พ.ศ.2567 ระดับ จังหวัด เขต/อำเภอ ตำบลรวบรวมจากข้อมูลของกรมการปกครอง. สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2568 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2523.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567ข). สถิติผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL). สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2568 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2526.

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). รายงานข้อมูลจังหวัดชุมพร. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2566 จาก https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=11&prov=ODY=&provn=4LiK4Li44Lih4Lie4Lij.
- กรมอนามัย. (2563ก). รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (Bureau of Elderly Health Annual Report 2020). สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2567 จาก <https://eh.anamai.moph.go.th>.
- กรมอนามัย. (2565ข). ประชากรทะเบียนราษฎร์. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2566 จาก <http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/region?year=2022&rg=11>.
- ไกรศร สุขนา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 54-65.
- จิตรกร วนะรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 3(2), 285-294.
- จินดาพร บุรานอก และปณิธาน กระสังข์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 639-646.
- ณิชาชล นาคกุล และปานดวงใจ เสนชู. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(2), 27-39.
- ธนพงศ์พันธ์ พวงทวี, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวอำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 222-230.
- ธีรนนท์ วรรณศิริ และดวงพร ผาสวรรณ. (2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 8(2), 34-53.
- นงนุช โอปะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ และชญาภา บุญลือ. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(1), 13-24.
- นเรศ มณีเทศ. (2565). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงของผู้ดูแลรายกรณี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(1), 49-56.
- นิภาภรณ์ เทียงหนู. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปยุตย นุช จีมะลี, ธนกร ปัญญาโสโสภณ และพรวิณ ชื่นใจเรือง. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7(2), 37-49.

- พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(3), 85-92.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่*. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2567 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/download?id=117029&mid=33527&mkey=m_document&lang=th&did=18939.
- สุดาสินี สุทธิฤทธิ์, อรณีส ยวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณิ นิยมจิตร, นิชยาภรณ์ บัวแสง และศิริณารอดเจริญ. (2564). ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 35(2), 1-12.
- สุริยา ฟองเกิด. (2562). ความต้องการด้านการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 8(2), 93-108.
- สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2543). คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 8(2), 110-111.
- หมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 11. (2565). *รายงานข้อมูลอำเภอสวี*. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2566 จาก <https://3doctor.hss.moph.go.th/>.
- Fernandes, C. S., Margarethb, A., & Martinsc, M. M. (2018). Family caregivers of dependent elderly: Same needs, different contexts-a focus group analysis. *Geriatric Gerontology Aging*, 12(1), 31-37. <https://doi.org/10.5327/z2447-211520181800008>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Mass: Addison-Wesley.
- World Health Organization. (2024). *Ageing and health*. Retrieved September 2, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.