

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

The Development of a Family-Based Care Model for Homebound and Bedridden Elderly in the COVID-19 Epidemic Situation, Bang Krathum District, Phitsanulok Province

ปริมประภา ก้อนแก้ว¹ กุเกียรติ ก้อนแก้ว*²

Primprapha Konkaew¹ Kukiet Konkaew*²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย 65000

¹Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand, 65000

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย 65000

²Faculty of Science and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand, 65000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ดูแลจำนวน 192 คน สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 20 คนและสนทนากลุ่มจำนวน 3 กลุ่ม ทำการพัฒนารูปแบบโดยการระดมสมองกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 20 คน 2) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 50 ครอบครัว 3) สังเกตและประเมินผล และ 4) สะท้อนผล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก ความรุนแรงของโรคระดับมาก การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย และพฤติกรรมป้องกันระดับดี ร้อยละ 86.5, 94.3, 79.2, 88.5, 51.0 และ 88.5 ตามลำดับ สมาชิกไม่ได้สวมหน้ากากเมื่ออยู่บ้าน และไม่ได้อาบน้ำเมื่อกลับเข้าบ้าน รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นใช้ครอบครัวเป็นฐาน เสริมสร้างความรู้ ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน และการพึ่งพาทรัพยากรในชุมชน หลังการใช้รูปแบบผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้น ไม่พบผู้สูงอายุเป็นโรคโควิด 19 ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขควรสนับสนุนการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบ, โควิด 19, การดูแลโดยครอบครัวเป็นฐาน, ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้สูงอายุติดเตียง

Abstract

This action research aimed to develop a family-based care model for homebound and bedridden older adults during the COVID-19 pandemic. The study comprised four phases: (1) situation analysis using questionnaires among 192 caregivers, in-depth interviews with 20 key stakeholders, and three focus group discussions; (2) model development through stakeholder brainstorming; (3) pilot implementation with 50 families; and (4) observation, evaluation, and reflection. Results indicated that caregivers possessed good

Corresponding Author: *Email: kukietk@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 พ.ย. 2568

knowledge of COVID-19, with high perceived susceptibility, severity, and benefits, but low perceived barriers, leading to good preventive behaviors (86.5, 94.3, 79.2, 88.5, 51.0, and 88.5 percent respectively). Nonetheless, some family members did not wear masks at home or shower immediately upon returning. The developed model emphasized enhancing caregivers' knowledge and skills, utilizing communication technology, supporting protective equipment, and engaging community resources. After implementation, caregivers demonstrated improved knowledge and caregiving competencies, and no COVID-19 infections were detected among older adults. The findings highlight that family and community participation are essential in supporting care for homebound and bedridden older adults, particularly during health crises. Health service organizations should therefore promote the continued application of family- and community-based care models to strengthen preparedness and resilience in future public health emergencies.

Keywords: model, COVID-19, Family-based, Home-bound, Bedridden

บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัส พบการระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558¹ สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางฝอยละออง (droplet) จากจามหรือปากที่ขับออกมาเมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม หรือจากการสัมผัสพื้นผิวที่มีฝอยละอองเหล่านั้นตกค้างอยู่ ระยะเวลาการติดเชื้อและมีอาการภายใน 14 วัน การระบาดจะทวีความรุนแรงเป็นวงกว้างในแหล่งชุมชนขนาดใหญ่ ทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ การสัมผัสโรคจากต่างถิ่น ความหนาแน่นของประชากรในเขตเมืองเช่น ชุมชนแออัด เรือนจำ เป็นต้น หากควบคุมโรคไม่ดีอาจส่งผลให้ระบบสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพไม่สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถจัดหาทรัพยากรได้ทันเวลา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในวงกว้าง ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นอันดับที่ 30 ของโลกและเป็นอันดับ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากอินโดนีเซีย และมาเลเซีย ตามลำดับ มีผู้ป่วยจำนวน 1,190,063 คน เสียชีวิต 11,399 คน² (ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2564)

ข้อมูลการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศจีนระบุว่า กลุ่มประชากรที่พบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดจากโรคโควิด 19 คือ กลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.8 อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตัวเองน้อยลงจากความสามารถของสภาพร่างกาย อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม อาจมีความสามารถในการดูแลความสะอาด

สุขอนามัยส่วนตัวลดลง และผลของการจัดสภาพแวดล้อมให้แยกห่างจากผู้อื่นอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัย เหนือนอนไม่หลับ และวิตกกังวล สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในช่วงระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 14 สิงหาคม 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 จำนวน 6,758 ราย และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 68³ สาเหตุการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ติดจากสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อจากนอกบ้าน และยังมีรายงานการป่วยด้วยโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงด้วยเช่นกัน จังหวัดพิษณุโลกพบผู้ป่วยโควิด 19 ในหลายระลอก หลายคลัสเตอร์ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพกาย และสุขภาพจิต⁴ จังหวัดพิษณุโลกประกอบด้วย 9 อำเภอ เป็นเมืองท่องเที่ยว เมืองแห่งการขนส่งสินค้าและกระจายสินค้าที่ถูกเรียกว่า “สี่แยกอินโดจีน” การเดินทางสะดวกมีหลายช่องทางเช่น ทางราง ทางรถ ทางอากาศ เชื้อโคโรนาไวรัสอาศัยคนเป็นพาหนะนำโรคในการกระจายเชื้อ เพราะมีคนเป็นแหล่งรังโรค กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเผยว่า พบผู้ติดเชื้อจากการสัมผัสสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน หรือเกิดกับผู้ใกล้ชิด และเพื่อนบ้านเพิ่มมากขึ้น⁵ คนในครอบครัวที่ออกไปทำงานนอกบ้านหรือออกไปทำธุระนอกบ้าน อาจไปสัมผัสเชื้อโคโรนาไวรัสโดยไม่รู้ตัว และนำเชื้อโคโรนาไวรัสเข้ามาติดคนในครอบครัวโดยไม่ตั้งใจ หากบุคคลในครอบครัวยังไม่ทราบถึงวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้อง อาจนำเชื้อโคโรนาไวรัสมาสู่ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง

อำเภอบางกระทุ่ม เป็นอำเภอหนึ่งที่ตั้งอยู่ทิศใต้

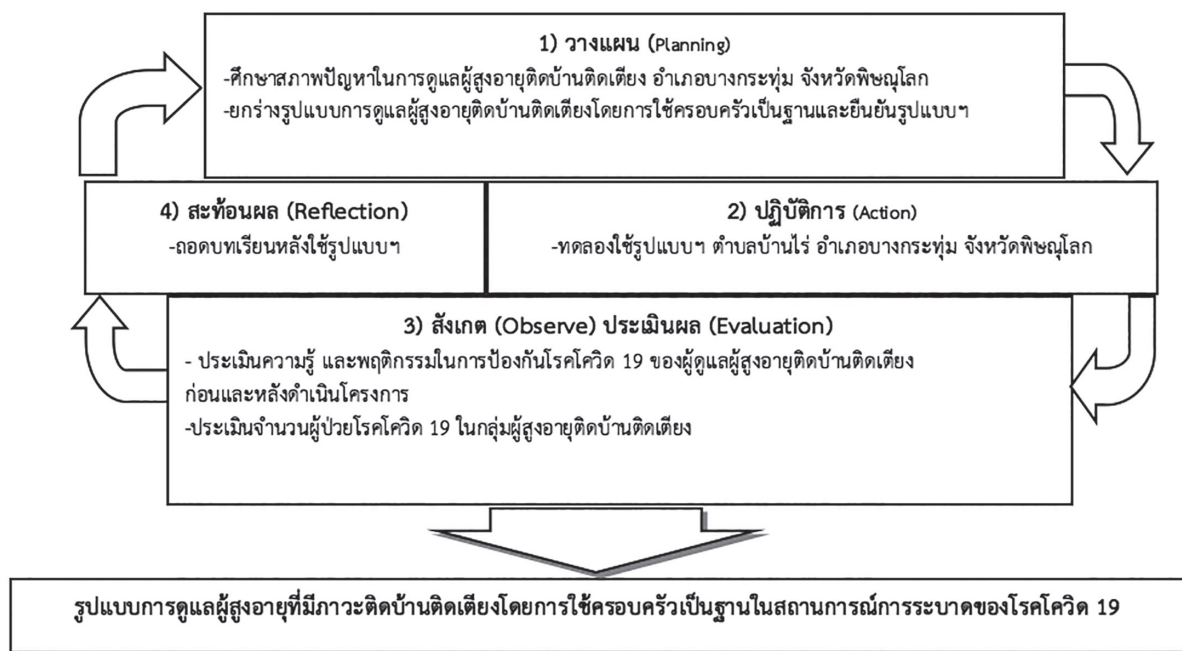
ของจังหวัดพิษณุโลก พบผู้ป่วยโควิด 19 สะสมจำนวน 155 คน มีประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2564 จำนวน 8,352 คน เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 149 คน (ร้อยละ 1.8) และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง 43 คน (ร้อยละ 0.5) จากข้อมูลที่กำลังมาหาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่ทราบวิธีป้องกันตนเองจากโควิด 19 จะทำให้น่าเชื่อ โควิดไวรัสมาติดผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเตียงหากติดเชื้ออาจส่งผลให้มีความรุนแรงต่อสุขภาพและอาจเสียชีวิตได้ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดและอยู่กับผู้สูงอายุตลอด ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องใช้สมาชิกในครอบครัวเป็นฐาน จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงเกิดคำถามวิจัยว่า สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นอย่างไร รูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกเป็นอย่างไร รูปแบบนั้นจะพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้อย่างไร ข้อมูลและรูปแบบที่จะเกิดขึ้นในการศึกษาค้นคว้าสามารถนำไปเป็นรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory) เป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในสถานการณ์โควิด-19 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเน้นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักร่วมกันดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ (Action research) ใช้แนวคิด Kemmis และ McTaggart6 ประกอบด้วย Plan – Action – Observe – Reflect (PAOR) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning) แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

1.1) สสำรวจสภาพปัญหา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งหมดจำนวน 192 คน แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 3) ความเชื่อ

ทางสุขภาพ และ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรค ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ส่วนที่ 2 KR เท่ากับ 0.78 ส่วน 3-4 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

1.2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเดิม ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 10 คน และผู้นำชุมชน 7 คน รวม 20 คน

1.3) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เกี่ยวกับปัญหาและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเดิม แบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางกระทุ่ม 13 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน 3) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอบางกระทุ่ม 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Thematic analysis และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูลและวิธีการ

2) ผู้วิจัยค้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาให้กับชุมชนและทำการกรอกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยการระดมสมอง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางกระทุ่มที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง 10 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 10 คน รวม 39 คน 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่มาตามนัดหมาย 2) เจ็บป่วยกะทันหัน

การยืนยันรูปแบบ โดยใช้เวทีประชาคมตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบโดย ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) สาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สสอ.บางกระทุ่ม 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต. 10 คน อสม. 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง 10 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 10 คน รวม 42 คน (ไม่ใช่ผู้ที่กรอกรูปแบบ) 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่มาตามนัดหมาย

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากที่สุด ได้แก่ บ้านขอนแก่นปาก ตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2566 (ระยะเวลา 3 เดือน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 2) สมัครใจร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก 1) เจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต 2) ย้ายออกนอกพื้นที่ เกณฑ์ยุติ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว

ระยะที่ 3 ระยะการสังเกต (observe) และการประเมินผล (Evaluation) โดยใช้แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ส่วนที่ 1 KR เท่ากับ 0.78 และส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนผล (Reflect) โดยการถอดบทเรียนจากผู้รู้รูปแบบฯ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 10 คน 2) ผู้นำชุมชน 10 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่มาตามนัดหมาย 2) เจ็บป่วยกะทันหัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เลขที่ PSRU-EC 2022/058 ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2566 ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการขอความยินยอม มีการปกป้องความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของอาสาสมัคร อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อกรับบริการ

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ผลการศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาโดยใช้แบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.6 อายุ 16-76 ปี (เฉลี่ย 46.88 ปี SD=11.886) อยู่ในกลุ่มอายุ 40-59 ปีมากที่สุด รองลงมาอายุ 21-39 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป

ไปร้อยละ 56.3, 24.5 และ 17.2 ตามลำดับ ประกอบธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม และรับจ้าง ร้อยละ 39.1, 30.7 และ 17.7 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 84.4 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 61.5 รายได้ของครอบครัว 600 - 40,000 บาท (เฉลี่ย 8,470.53, SD=7,174.409) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 77.1 มีสมาชิกในบ้าน 2-5 คน ร้อยละ 82.8 สมาชิกน้อยที่สุด 1 คน มากที่สุด 10 คน ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาได้รับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ และจากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 80.2, 70.3 และ 65.1 ตามลำดับ

ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง มากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 86.5, 12.5 และ 1.0 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ หลังจากการสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ถูกต้องมากที่สุดร้อยละ 99.0 รองลงมาได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เมื่ออยู่ในชุมชนหรือที่มีอากาศปิดช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ได้ และการรักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ช่วยป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากัน ร้อยละ 98.4

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 94.3, 5.2 และ 0.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับตนเองมีโอกาสเสี่ยงหากอยู่ในสถานที่ที่มีประชาชนจำนวนมาก ($\bar{X}=4.34$, $SD=0.601$) รองลงมาได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=4.29$, $SD=0.520$) และการออกนอกบ้านโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=4.27$, $SD=0.661$)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 79.2, 20.3 และ 0.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสียชีวิตสูงหากป่วยด้วยโรคโควิด 19 มากที่สุด ($\bar{X}=4.14$, $SD=0.611$) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจเสียชีวิตได้หากเป็นโรคโควิด 19 ($\bar{X}=4.03$, $SD=0.662$) และ โรคโควิด 19 เป็นโรคที่ทำให้สูญเสียการรับรู้รสชาติของอาหาร ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.663$) ตามลำดับ

ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคโควิด 19

พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 88.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ($\bar{X}=4.29$, $SD=0.533$) รองลงมาได้แก่ การตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนาช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ ($\bar{X}=4.18$, $SD=0.599$) และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ($\bar{X}=4.10$, $SD=0.671$)

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.0 รองลงมา ระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 27.1 และ 21.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในบ้านเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.84$, $SD=1.171$) รองลงมาคือ การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งทีกลับเข้าบ้านเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.70$, $SD=1.176$) และการแยกตัวจากสมาชิกในบ้านเมื่อเป็นโรคโควิด 19 เป็นเรื่องที่ยากอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.60$, $SD=1.107$)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 88.5, 10.4 และ 0.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ หากเป็นผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ($\bar{X}=1.98$, $SD=1.495$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในบ้าน ($\bar{X}=1.33$, $SD=0.634$)

2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถสรุปได้ 8 ประเด็น ดังนี้ 1) การติดเชื้อมาจากสมาชิกในครอบครัว ลูกหลานที่เดินทางออกนอกบ้าน มักเป็นผู้นำเชื้อกลับมาติดผู้สูงอายุ 2) การขาดความรู้หรือแนวปฏิบัติในการป้องกันโรค ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด 3) ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในบ้าน 4) เมื่อมีอาการหวัด ไม่ได้แยกพื้นที่ ที่อยู่อาศัย คับแคบ 5) การขาดแคลนหน้ากากอนามัยหรืออุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ 6) การขาดเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ชุดตรวจ ATK 7) การเยี่ยมบ้านมีข้อจำกัด 8) ขาดการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น “บางคนต้องไปรับจ้าง ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เวลากลับมาไม่ได้อาบน้ำ หรือล้างมือเมื่อถึงบ้าน” (ชาย 52 ปี) “ครอบครัวที่บ้านยากจน ต้องอยู่

รวมกันในบ้านแคบ ๆ ก็จะติดเชื้อง่ายกว่าคนที่บ้าน พื้นที่กว้าง ๆ” (หญิงอายุ 30 ปี) “ส่วนใหญ่เมื่ออยู่ในบ้าน จะไม่ค่อยใส่หน้ากากอนามัย” (ชาย 37 ปี) “พอโควิด เริ่มซาลง ก็ไม่ค่อยเข้มงวด ไม่ได้ใส่แมส ไม่ค่อยล้างมือ” (ชาย 45 ปี) “ไม่มีชุดตรวจทำให้ไม่รู้ว่าติดเชื้อโควิด เลยไม่ได้แยกตัว” (ชาย 45 ปี) “หลังโควิดระบอบ ไม่กล้าไปโรงพยาบาล กลัวติดเชื้อ” (หญิง 46 ปี)

ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สามารถสรุปได้ 6 ประเด็น ดังนี้

- 1) ไม่มีงบในการสนับสนุนหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล
- 2) หลังการระบาดของโควิด ไม่มีหน่วยงานเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง
- 3) หลังโควิด 19 ผู้สูงอายุติดเตียง ไม่ได้ไปโรงพยาบาล ไม่ได้พบแพทย์
- 4) ความเครียดและภาระทางจิตใจของผู้ดูแล ความรู้สึกผิดหากตนเองเป็นผู้นำเชื้อมาสู่บ้าน
- 5) ขาดการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกับหน่วยบริการสาธารณสุข
- 6) ขาดช่องทางการสื่อสารที่เป็นแบบเรียลไทม์เมื่อพบปัญหา ดังคำกล่าว “ช่วงโควิดก็ไม่ค่อยได้เยี่ยมหรือได้เยี่ยมน้อยลง งานเยอะ” (หญิง 30 ปี) “รู้สึกเหมือนตราบป เพราะเป็นคนเอาเชื้อไปติดพ่อแม่” (หญิง อายุ 42 ปี) “ญาติต้องดูแลกันเอง ไม่มี อสม. มาเยี่ยมเหมือนเดิม” (ชาย 52 ปี)

2. ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

1. เสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง โดยการอบรมให้ความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง จัดทำแผ่นพับอินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอให้กับสมาชิกในครอบครัว

2. จัดโครงสร้างใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขหนุนเสริมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การตั้งกลุ่มไลน์ที่สามารถส่งภาพ รายงานอาการ หรือสอบถามติดต่อได้แบบเรียลไทม์ มีพยาบาลวิชาชีพ นักบริบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือแบบเรียลไทม์

4. สนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองและการจัดการขยะติดเชื้อ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ เฟซชิลด์ แอลกอฮอล์เจล และถุงแดงสำหรับการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง

5. การพึ่งพาทรัพยากรในชุมชน โดยใช้ อสม. เป็นกลไกหลักในการดูแลเชิงรุก การดูแลมีลักษณะ “ยืดหยุ่นตามสถานการณ์” และ “เป็นมิตรกับสภาพความเป็นจริง”

ผลการยืนยันร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (N=42)

กิจกรรม	ความคิดเห็น			
	ความเหมาะสม (จำนวน/ร้อยละ)		การนำไปปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1. เสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง	42/100	0/0	42/100	0/0
2. จัดโครงสร้างครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีหน่วยงานสาธารณสุขหนุนเสริมระบบการติดตามและส่งต่ออย่างเป็นระบบ	42/100	0/0	42/100	0/0
3. การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร เช่นกลุ่มไลน์เรียลไทม์ โทรศัพท์เคลื่อนที่	42/100	0/0	42/100	0/0
4. สนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ	42/100	0/0	42/100	0/0
5. การพึ่งพาทรัพยากรในชุมชน เช่น อสม.	42/100	0/0	42/100	0/0

จากตาราง 1 พบว่า ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมได้แสดงความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทั้ง 5 กิจกรรมมีความเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน

ผลการประเมินรูปแบบ ประกอบด้วย 1) การประเมินความรู้และพฤติกรรม และ 2) การประเมินจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ดังนี้

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลัง (N=50)

ความรู้และพฤติกรรม	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ความรู้						
ก่อนอบรม	50	12.22	1.093	49	-18.956	.000*
หลังอบรม	50	13.10	0.931			
พฤติกรรม						
ก่อนอบรม	50	15.84	2.170	49	-21.000	.000*
หลังอบรม	50	17.34	2.163			

*p < .05

จากตาราง 2 พบว่า ด้านความรู้ คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมเท่ากับ 12.22 (SD=1.093) และหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 13.10 (SD=0.931) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 ด้านพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยก่อน

การอบรมเท่ากับ 15.84 (SD=2.170) และหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 17.34 (SD=2.163) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05

ตาราง 3 จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงป่วยด้วยโรคโควิด 19 ปี เดือน กรกฎาคม-กันยายน 2566 (n=50)

รายการ	จำนวน ราย (ร้อยละ)	
	ติดโควิด	ไม่เป็นโควิด
ผู้สูงอายุติดบ้าน	0	36 (100)
ผู้สูงอายุติดเตียง	0	14 (100)
รวม	0	50 (100)

จากตาราง 3 ไม่พบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงติดเชืโรคโควิด 19 ในช่วงที่ศึกษา

4. การสะท้อนผลการใช้รูปแบบ

จากการถอดบทเรียนจากผู้รู้รูปแบบ จำนวน 22 คน ผลการถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า รูปแบบที่พัฒนา สามารถใช้ได้ในพื้นที่เมื่อมีการเกิดโรคโควิด 19 สิ่งที่เป็นจุดอ่อนของรูปแบบ คือ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ที่อาจจะเข้าไม่ทันต่อ

เหตุการณ์ในบางครั้ง จุดแข็งของรูปแบบ คือครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร (ไลน์) เพื่อลดการสัมผัสและรักษาระยะห่าง โดยมี อสม.ให้การสนับสนุน

จากผลการศึกษาสามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในสถานการณ์โควิด 19 อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในสถานการณ์โควิด 19

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 192 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.6 อายุ 16-76 ปี ($\bar{X}=46.88$, $SD=11.886$) รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 86.5 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคระดับมากร้อยละ 94.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากร้อยละ 79.2 การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมากร้อยละ 88.5 การรับรู้อุปสรรคระดับน้อยร้อยละ 51.0 พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี ร้อยละ 88.5 ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า 1 ใน 2 มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในครอบครัว ได้แก่ 1) ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเดินทางออกนอกบ้าน ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา 2) สมาชิกในครอบครัวเมื่อกลับเข้าบ้านไม่ได้อาบน้ำหรือล้างมือทันที 3) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นหวัด ไม่มีการแยกพื้นที่ เนื่องจากสถานที่อยู่อาศัยคับแคบ ด้านวัสดุอุปกรณ์ 1) ไม่มีหน้ากากอนามัย ถุงมือ 2) ไม่มีถังสำหรับบรรจุและกำจัดขยะติดเชื้อ 6) ผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 7) สมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ในการจัด

สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 8) รายได้ครอบครัวลดลง ส่งผลต่อการจัดหาอาหาร ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 9) ไม่มีพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการทางเดินหายใจ จากข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในช่วงสถานการณ์โควิดค่อนข้างดี แต่อย่างไรก็ตาม บางครั้งอาจจะละเลยมาตรการหรือความเข้มข้นในการป้องกันโรคบ้าง อาจเนื่องจากความรุนแรงของโรคลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร, เพชร ทองเฝ้า, และสุกัลยาณี สิงห์สัตย์⁷ พบผู้ดูแลอาจไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และการจัดการขยะติดเชื้อไม่เหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในสถานการณ์โควิด 19 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) เสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (2) อาศัยโครงสร้างชุมชนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขหนุนเสริมระบบการติดตามและส่งต่ออย่างมีระบบ (3) การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร เช่น ไลน์ (Line application) (4) สนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ

เพศชิลด์ และการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกวิธี (5) การพึ่งพาทรัพยากรในชุมชน เช่น อสม. ทำให้รูปแบบการดูแลมีลักษณะยืดหยุ่นตามสถานการณ์และเป็นมิตรกับสภาพความจริงของบริบทพื้นที่ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุตลอดเวลา คล้ายกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ อุทัยแสง และคณะ⁶ พบว่า ครอบครัวและชุมชนคือพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องปรับตัวตามสถานการณ์

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ได้ อาจเนื่องจากครอบครัวจะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว มีความรู้ ความเข้าใจ และการป้องกันการติดเชื้อจึงช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เป็นโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร, เพชรา ทองเฝ้า, และสุกัลยาณี สิงห์สัย⁷ และอัมเรศ เนตาสีห์ และอนงค์รัตน์ รินแสงปิน⁹ ที่พบว่า การส่งเสริมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน¹⁰⁻¹¹ และในสังคมไทยเป็นสังคมที่เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน สมาชิกภายในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งการสนับสนุนจากคนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้เป็นไปตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในสถานการณ์โควิด 19 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกุลพิชาน์ จุลเสวก และคณะ¹² ที่พบว่าความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. หน่วยบริการสาธารณสุขปทุมธานีควรสนับสนุนการใช้ครอบครัวเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่องและขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงไปใช้ในการจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในโรคติดต่ออื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ การพัฒนาระบบสนับสนุน

ผู้ดูแล หรือระบบติดตามผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมพื้นฐาน ปีงบประมาณ 2566 (FF-66)

References

1. Communicable Diseases Act, B.E. Royal Gazette Vol. 132, Part 86a (dated 8th September B.E. 2558; 2015).
2. Pounpunwongetasit W. ASEAN and the Cooperation under the Outbreak of Coronavirus Disease 2019. The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal. 2024; 30 (1): 1–16. (in Thai)
3. Ethisan P. Factors Associated with Perceived Risk of COVID-19 Infection among Thai Aging. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2023; 17 (3): 160–70. (in Thai)
4. Kamtha M, Klungrit S, & Rattana-Umpa J. The Quality of Life in Older Persons during the Coronavirus 2019 Epidemic (COVID-19) in Mueang District, Phitsanulok Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing' Surin. 2024; 14 (2): 17–28. (in Thai)
5. Inchamchuen S, Sumpowthong K, & Homkham N. Factors Related to Coronavirus Disease Prevention Behaviors of Dependent Elderly Caregivers Pathum Thani Province. Journal of Public Health and Innovation. 2023; 3 (3): 75–92. (in Thai)
6. Kemmis S, & McTaggart R. The action research planner.^{3rd} ed. Victoria: Deakin University; 1988.

7. Panyathon K, Thongpao P, Patchawong M, Singsat S, & Banbodee J. The Situation, Problems and Care Needs for Chronically Ill Elderly with Bedridden in Community During the COVID-19 Outbreak, Udonthani Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022; 40 (1): 16–25. (in Thai)
8. Utaisang A, Cheumnok W, Pomsakha Na Sakon Nakhon N, Junsevg K, & Damrongpakapakorn P. Bedridden Patients Care through Family Caregiving and Community-Based Model in new normal. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24 (3): 415–23. (in Thai)
9. Netasit A, & Rinsangpin A. Promoting Positive Psychology for Elderly People through Families and Communities Based in Khelang Nakhon Municipality, Muang Lampang, Lampang. *Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities*. 2020; 11 (1): 17–33. (in Thai)
10. Supawong S, & Laosupap K. Development of an Empowerment Model for Home-Bound and Bed-Bound Elderly Caregiver in Non Sombun Subdistrict, Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2023; 8 (2): 109-18. (in Thai)
11. Wanarak J. Care Model Development for The Home-bound Elderly and The Bedridden by Participation of The Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital In Phang-Nga Province. *Journal of Health Science*. 2021; 30 (2): 285-94. (in Thai)
12. Junsaveg K, Utaisang A, Tungtrijuk N, Boonkong D, Boonkong S, Eamkusolkrit R, et al. Effectiveness of A Home-based Bedridden Care Program on Ability and Quality of Care among Family Caregiver's of Bedridden Patients in Tha Uthen Community, Nakhon Phanom Province. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2023; 43 (3): 104–13. (in Thai)