

สถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกึ่งเมือง กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก

The Situation and Care Models for Bedridden Older Adults in Semi-Urban Communities: A Case Study in Phitsanulok Province

ปริมประภา ก้อนแก้ว¹ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ¹ พิมพนิภา บุญประเสริฐ¹ กุเกียรติ ก้อนแก้ว^{*2}

Primprapha Konkaew¹ Ratchadaporn Maensiri¹ Phimnipha Boonprasert¹ Kukiet Konkaew^{*2}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

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

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

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

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 2) อธิบายปัญหาและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกึ่งเมือง ช่วงเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ.2568 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในผู้ดูแลหลัก จำนวน 18 คน และ 2) ศึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในผู้ดูแลหลัก จำนวน 14 คน 3) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยหัวข้อการสนทนากลุ่มในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนตำบลพลายชุมพล จำนวน 10 คน ผลการศึกษาผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 18 คน อายุ 63-99 ปี (ค่าเฉลี่ย=78.89 SD=8.92) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 สาเหตุที่ทำให้ติดเตียง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัลไซเมอร์ ร้อยละ 55.6, 16.6 ตามลำดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับศูนย์ ร้อยละ 64.1 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรร้อยละ 66.7 ปัญหาที่พบ รายได้ของครอบครัวต่ำ ผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ไม่ได้ผ่านการอบรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน มีภาคีเครือข่าย สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น แต่พบปัญหาส่วนนักรับบาลต่อผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขควรจัดอบรมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและสนับสนุนนักรับบาลในการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: สถานการณ์, รูปแบบการดูแล, ผู้สูงอายุติดเตียง, เขตกึ่งเมือง

Abstract

This mixed-methods study aimed to: (1) examine the current situation of care for bedridden older adults, and (2) describe problems and care models for bedridden older adults in a semi-urban community. The study was conducted from August to October 2025 and comprised three phases. Phase 1 The situation of care for bedridden older adults was investigated using a questionnaire that had been validated by experts and administered to 18 primary caregivers. Phase 2 explored caregiving problems through semi-structured interviews with 14 primary caregivers. Phase 3 examined community care models through focus group discussions with

Corresponding Author: *Email: kukietk@gmail.com

วันที่รับ (received) 3 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.พ. 2569

10 stakeholders in Plaichumpol Subdistrict. The results showed that the 18 bedridden older adults were aged 63–99 years (mean = 78.89, SD = 8.92), and 55.6% were female. The main causes of bedridden conditions were stroke (55.6%) and Alzheimer's disease (16.6%). Most participants (64.1%) had an Activities of Daily Living (ADL) score of zero. Primary caregivers were predominantly offspring (66.7%). Key problems identified included low family income, caregivers having only moderate knowledge, and a lack of formal training. The community's care model included collaboration with network partners and provision of essential medical equipment. However, shortages of care assistants relative to the growing older adult population remained a major challenge. Therefore, primary healthcare services should provide training for caregivers of bedridden older adults, promote innovations in long-term care, and strengthen the role of care assistants in conducting regular home visits.

Keywords: situation, care model, bedridden older adults, semi-urban area

บทนำ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขในทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาโรค สภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจส่งผลให้ประชากรสูงวัยมีอายุยืนยาว อัตราการเสียชีวิตลดลง อีกทั้งยังพบว่า ประชากรสูงวัยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคถุงลมอุดกั้น โรคสมองเสื่อม เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงตามลำดับ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรสูงวัยประมาณ 13.2 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด พบผู้สูงอายุติดเตียงประมาณร้อยละ 1.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด หรือประมาณ 185,000 คน¹

ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ด้านจิตใจอาจมีปัญหасุขาพจิต ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระ ขาดการมีส่วนร่วมในสังคม เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแลมีภาระทางกายและจิตใจ เกิดความเครียดและเหนื่อยล้า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจตึงเครียดจากภาระการดูแล^{2,3}

จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2

ของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ มีประชากรสูงวัย 175,526 คนหรือร้อยละ 26.6 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุติดเตียง 626 คนหรือประมาณร้อยละ 1.6 พบในอำเภอเมืองพิษณุโลกจำนวน 216 คนหรือร้อยละ 34.54 เป็นชุมชนเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก อาคารบ้านเรือนหนาแน่น มีความแตกต่างในฐานความเป็นอยู่ มีทั้งผู้มีฐานะดีและยากจน สมาชิกในชุมชนมีความเป็นอิสระหรือปัจเจกบุคคลสูง ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ และถึงแม้ประชากรสูงวัยสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้สะดวก แต่เนื่องด้วยวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชากรสูงวัยอาจขาดผู้ดูแล เนื่องจากบุตรหลานที่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงานหรืออาศัยอยู่ต่างถิ่น ดังนั้นประชากรสูงวัยที่ติดเตียงจึงอาจพบปัญหาในเรื่องผู้ดูแลโดยเฉพาะครอบครัวที่บุตรหลานต้องทำงานประจำ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล²

ตำบลพลาชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน ปี พ.ศ.2567 มีประชากรผู้สูงอายุ 1,569 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7⁴ เข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ มีลักษณะพื้นที่เป็นชุมชนเขตกึ่งเมือง มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวนมากถึง 22 คน นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุติดบ้านที่มีโอกาสจะกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงอีกจำนวน 42 คน⁵ ภายใต้การดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและเทศบาลตำบลพลาชุมพล ที่ถึงแม้จะมีการขับเคลื่อนงานการดูแลสุขภาพพระยาวัย (Long Term Care) เพื่อดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โครงการบิณฑบาตความทุกข์เพื่อช่วยให้

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี มีภาคีเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตวิญญาณ⁶ แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมืองอาจมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเช่น ความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุติดเตียงที่มีฐานะดีและยากจน ผู้ดูแลหลักที่อาจมีภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลระยะยาวส่งผลต่อสุขภาพกายและจิต บางคนต้องลาออกจากงาน ค่าใช้จ่ายสูงในการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ การดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน จำนวนบุคลากรสุขภาพไม่เพียงพอต่อการให้บริการเชิงรุก การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง^{7, 8} การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก กรณีไม่มีผู้ดูแลอาจมาจากการดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข หรือบางกรณีมีผู้ดูแลแต่ไม่ดูแลทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่จำเป็นต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพและการเอื้ออาทรจากชุมชน⁹ ทั้งนี้อาจแตกต่างกันในแต่ละชุมชน โดยเฉพาะชุมชนกิ่งเมือง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลักและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมืองมีลักษณะเป็นอย่างไร ทั้งลักษณะการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสนอแนะการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมืองเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลักในชุมชนเขตกิ่งเมือง
2. เพื่ออธิบายสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในมุมมองของผู้ดูแลหลักในชุมชนเขตกิ่งเมือง
3. เพื่ออธิบายรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมืองในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาด้านการดูแลและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit Theory) ของ โอเร็ม¹⁰ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและให้การช่วยเหลือตามระดับความต้องการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตามศักยภาพของตน การดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเองและการให้ความร่วมมือในการรับการดูแลเพื่อให้ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการ 2) การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก การพัฒนาของผู้ดูแลหลัก ความพร้อมของบุคคลในครอบครัว 3) การดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือ Care giver 4) การดูแลโดยระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การบริการด้านสุขภาพ และ 5) การเอื้ออาทรจากชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methodology Research) แบบขนาน (Convergent Parallel Design) ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมือง ตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะศึกษาด้านการดูแลและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมือง ประชากรคือ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 18 คน

- 1.1 สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ประชากรทั้งหมดจำนวน 18 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการเกณฑ์คัดออกคือ 1) ย้ายออกนอกพื้นที่ก่อนการเก็บข้อมูล 2) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

- 1.2 สัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการสุ่มอย่างง่าย แบบจับฉลากไม่ใส่คืน ได้แก่ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 12 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว¹¹

2. ระยะศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง อาศัยเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย นักบริบาลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน

2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก 1) การเจ็บป่วย
กะทันหัน 2) ไม่มาตามนัดหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือวิจัย จากการทบทวน
วรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดัดแปลง
จำนวน 3 ชุด ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน
3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 2) พยาบาล
วิชาชีพเชี่ยวชาญงานดูแลผู้สูงอายุ และ 3) แพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัว

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
ติดเตียง จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือก 2 ระดับ คือ ใช่และ
ไม่ใช่ แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (0-4 คะแนน) ปานกลาง
(5-7 คะแนน) และสูง (8-10 คะแนน) ทศนตติการดูแลผู้สูงอายุ
ติดเตียง จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก
ปานกลาง และน้อย/ไม่เห็นด้วย แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่
ต่ำ (1-10) ปานกลาง (11-20) และสูง (21-30) และทักษะการ
ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลัก จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือก
3 ระดับ คือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคย แปลผลเป็น 3 ระดับ
ได้แก่ ต่ำ (1-15) ปานกลาง (16-30) และสูง (31-45) ผลการ
ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.67-1.00 ทุก
ข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่อง
มือวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน
พบค่า KR 20 ความรู้ = 0.80 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ส่วนที่ 3 - 4 ทศนตติและทักษะการดูแล = 0.80, 0.86 ตาม
ลำดับ

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหา
การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 6 ข้อ

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน (Focus Group
Discussion Guideline) ในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 6
ประเด็น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนิน
การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แก่ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกเทศมนตรีตำบล
หลายชุมพล

2. ทำหนังสือเรียนเชิญอาสาสมัคร ชี้แจง
วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับ และสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ทำการอบรมผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษา
สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกิ่งเมืองโดย
ใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ช่วย
นักวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)
ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที
ดำเนินการพร้อมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทำการสนทนากลุ่มใน
กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ณ ห้อง
ประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตำบลพลายชุมพล โดยผู้วิจัยเป็น
ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จดบันทึก
(Note Taker) ทำแผนผังเลขที่นั้น จดเฉพาะคำต้น ๆ ของ
ผู้สนทนา

7. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจ
สอบความครบถ้วน และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความรู้
ทศนตติ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง วิเคราะห์ด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์แบบแก่นสาระ (The-
matic analysis) ได้แก่ ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล สร้างรหัส
ค้นหาธีม ตรวจสอบธีม กำหนดและตั้งชื่อธีม และเขียนรายงาน
ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูลและด้านวิธีการรวบรวม
ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่าน
การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เลขที่ PSRU-EC 2025-25
ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์
กระบวนการวิจัยและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความ
สมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพ
รวมเท่านั้น

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลักในชุมชนเขตกิ่งเมือง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก (N=18)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุติดเตียง			ผู้ดูแลหลัก		
อายุ 63-99 ปี (M=78.9±8.9)			อายุ 25-99 ปี (M=57.1 SD=20.6)		
60-69 ปี	3	16.7	< 60 ปี	9	50.0
70-79 ปี	7	38.9	60 ปี ขึ้นไป	9	50.0
80 ปีขึ้นไป	8	44.4	เพศ		
เพศ			ชาย	6	33.3
ชาย	8	44.4	หญิง	12	66.7
หญิง	10	55.6	การศึกษาสูงสุด		
สาเหตุติดเตียง			ประถมศึกษา	7	38.9
โรคหลอดเลือดสมอง	10	55.6	มัธยมศึกษา	7	38.9
อัลไซเมอร์	3	16.6	ปริญญาตรี	5	27.8
อื่น ๆ	5	27.8	อาชีพหลัก		
กิจวัตรประจำวัน			ไม่มีอาชีพ	6	33.3
ADL = 0	11	64.1	ค้าขาย	1	5.6
ADL = 1-3	7	38.9	รับจ้าง	7	38.9
รายได้ครอบครัว			ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
< 10,000 บาท	15	83.3	บุตร	12	66.7
10,000 บาทขึ้นไป	3	16.7	สามี/ภรรยา	2	11.1
ลักษณะครอบครัว			ญาติ/อื่น ๆ	4	22.2
เดี่ยว	10	55.6	โรคประจำตัว		
ขยาย	8	44.4	มี	10	55.6

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 18 คน อายุ 63-99 ปี (M = 78.9, SD = 8.9) เพศหญิง ร้อยละ 55.6 สาเหตุที่ทำให้ติดเตียง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัลไซเมอร์ ร้อยละ 55.6, 16.6 ตามลำดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL= 0 ร้อยละ 64.1 ผู้ดูแลหลักอายุ 25-99 ปี

(M = 57.1 SD=20.6) เพศหญิง ร้อยละ 66.7 การศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา ร้อยละ 38.9 อาชีพรับจ้าง ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 38.9, 33.3 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 700-30,000 บาท ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 83.3

ตารางที่ 2 ความรู้ ทักษะ และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลัก (N=18)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการดูแล		
ต่ำ	1	5.6
ปานกลาง	8	44.4
สูง	9	50.0
ระดับทัศนคติต่อการดูแล		
ปานกลาง	3	16.7
สูง	15	83.3
ระดับทักษะในการดูแล		
ปานกลาง	5	27.8
สูง	13	72.2
ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ		
น้อย	8	44.4
ปานกลาง	5	27.8
มาก	4	22.2

จากตารางที่ 2 ผู้ดูแลสูงอายุติดเตียงมีระดับความรู้
อยู่ในระดับสูงและปานกลาง ร้อยละ 50.0, 44.4 ทักษะการ
การดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.3 และทักษะการ
ดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.2 ปัญหาที่พบในการดูแล ระดับ
เล็กน้อย ร้อยละ 44.4

2. ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขต กึ่งเมือง : มุมมองของผู้ดูแลหลัก

ผลการวิเคราะห์บทสนทนาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 71.4)
อายุ 17-99 ปี (เฉลี่ย 55.5 ± 22.5) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ
50 หม้าย/หย่า ร้อยละ 28.6 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถม
ศึกษา ร้อยละ 42.9 มัธยมศึกษา ร้อยละ 21.4 ปัจจุบันไม่มีอาชีพ
ร้อยละ 71.4 รายได้เฉลี่ย 700-30,000 บาท ความเพียงพอของ
รายได้ ไม่พอใช้ ร้อยละ 71.4 ลักษณะครอบครัว เดี่ยว ร้อยละ
57.1 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.1 ในมุมมอง
ของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
ในชุมชนกึ่งเมือง สามารถสรุปสาระสำคัญได้ 7 ประเด็น ดังนี้

1. สุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง มีภาวะพึ่งพิง
ทั้งหมด ผู้สูงอายุบางรายมีข้อติด ไม่ยอมให้อยู่ติดเตียง/แขน
บางรายมีอาการซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ขาดการฟื้นฟู
สมรรถภาพ หรือกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง บางราย
พบผลกดทับ ดังคำกล่าว “พ่อแม่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือเลย ชี้
หงุดหงิด ให้แกพลิกตัวแกก็จะบ่นปวด” (ชาย อายุ 39 ปี) “แม่
มีผลกดทับ ผมต้องทำแผลให้ทุกวัน” (ชาย อายุ 57 ปี)

2. ปัญหาด้านความรู้และทักษะการดูแล เช่น
การพลิกตะแคงป้องกันผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง
การดูแลสุขอนามัย และการสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลหลายรายไม่รู้วิธีป้องกันผลกดทับ วิธีพลิกตัวที่ถูกต้อง
ไม่มั่นใจในการใช้อุปกรณ์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ไม่รู้วิธีดูแล
อันตราย เช่น ปัสสาวะน้อย ดังคำกล่าว “จะพลิกตัวเมื่อนึกได้
บางวันทำงานเพลินก็ลืม” (หญิง อายุ 60 ปี)

3. ภาระทางกายและใจของผู้ดูแล (Caregiver
Burden) โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรือมีคนดูแล
เพียงคนเดียว ต้องดูแลผู้สูงอายุตามลำพัง ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มี
เวลาพักผ่อนหรือทำงานส่วนตัว รู้สึกเหนื่อยล้า เครียด และบาง
รายเกิดภาวะมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น กลัว
ผู้สูงอายุเกิดผลกดทับ รู้สึกผิดเมื่อผู้สูงอายุทรุดลง บางรายมี
ภาวะซึมเศร้าจากความเครียดเรื้อรัง มีความเหนื่อยล้า เครียด
ต้องทำงานบ้านและดูแลผู้ป่วยไปด้วย ดังคำกล่าว “มีความรู้สึก

เกรงใจคนรอบข้าง ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ บางครั้งผู้ป่วย
ร้องไห้/ดื้อ/ไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกดดัน” (หญิง
อายุ 57 ปี) “ผมดูแลคนเดียว 24 ชั่วโมง ต้องนอนกับพ่อด้วย”
(ชายอายุ 39 ปี)

4. ความไม่เพียงพอของรายได้และภาระค่าใช้จ่าย
ที่สูง ผู้ดูแลมีรายได้จำกัด รายรับต่อเดือนน้อย ไม่เพียงพอกับ
ค่าดูแล เช่น ค่ารถไปโรงพยาบาล ค่านม ค่าอาหารทางสายยาง
ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูปบางรายใช้วันละ 2-4
ชิ้น แม้จะได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น/อนามัย แต่ก็ไม่เพียงพอ
ต่อความต้องการจริง ทำให้ผู้ดูแลต้องซื้อเพิ่มเติม ค่าเดินทางไป
พบแพทย์ครั้งละ 300-800 บาท รายได้ผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพ/
เบี้ยผู้พิการ) ไม่ครอบคลุมความต้องการจริง ผู้ดูแลหลายคนต้อง
หยุดงานหรือทำงานได้น้อยลงเพราะต้องเฝ้าผู้สูงอายุตลอดเวลา
“ค่าใช้จ่ายจิปาถะมีทั้งแพมเพิสที่ต้องซื้อเพิ่ม ถ้าเกิดว่าเขาทาน
ข้าวไม่ได้ ต้องซื้อนมทางการแพทย์ค่อนข้างแพง” (ชาย อายุ
57 ปี)

5. ขาดการช่วยเหลือจากลูกหลาน/สมาชิกใน
ครอบครัว ลูกหลานมีงาน ไม่มีเวลา บางรายไม่ช่วยเหลือ
ด้านค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลหลักมักเป็นคนอายุเยอะ เช่น ภรรยาที่แก่
แล้ว หลายบ้านไม่มีคนเฝ้ากลางคืน ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกโดด
เดี่ยว ต้องรับภาระเพียงลำพัง

6. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือนักบริบาลมี
จำนวนน้อยลง ไม่มีอาสาสมัครหรือนักบริบาลรายใหม่ อาสา
สมัครที่มีอยู่อายุมาก ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการ
เยี่ยมบ้านหรือจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว “เมื่อก่อนมี
ป้า อสม. คอยมาดูแลพ่อ มาพูดคุย พ่อก็ไม่เหงา ตอนนี้เห็นว่า
ไม่มีใครมาแทน ผมก็ยังอยากให้มี อสม.มาดูแลเหมือนเดิม”
(ชายอายุ 39 ปี)

7. สิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะ สถานที่พัก
อาศัยคับแคบ มีเตียงแต่ไม่ใช่เตียงปรับระดับ พื้นนอนไม่เพียงพอ
สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน รกรุงรัง ไม่สะอาดเสี่ยงต่อการติด
เชื้อ มีกลิ่นปัสสาวะ การจัดการขยะติดเชื้อไม่เหมาะสม เช่น ผ้า
อ้อมผู้ใหญ่ทิ้งในถังขยะทั่วไป ดังคำกล่าว “ผ้าอ้อมทิ้งในถังดำ
และมีรถเทศบาลมาเก็บ” (หญิงอายุ 59 ปี) “ผ้าก๊อชทำแผล
ผมก็ใส่ถุงขยะมัดปากถุงรวมกับขยะทั่วไป จะนำไปทิ้งอนามัย
บ้านผมอยู่ไกล ถ้าผมไปก็ไม่มีใครอยู่กับแม่” (ชายอายุ 57 ปี)

3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขต กึ่งเมืองในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสนทนากลุ่มรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใน

ชุมชนเขตกึ่งเมืองในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน อายุ 47-72 ปี (เฉลี่ย 58.6 ± 2.5) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา ร้อยละ 60 พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนพลายชุมพลเป็นหน่วยงานหลัก มีภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) เทศบาลตำบล 2) วัดวังหิน 3) อาสาสมัครสาธารณสุข 4) ผู้นำชุมชน และ 5) โรงพยาบาลพุทธชินราช (โรงพยาบาลแม่ข่าย) รูปแบบการดำเนินงานสามารถสรุปได้ 6 ประเด็น ดังนี้

1. ครอบครัวเป็นฐาน สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บุตร ภรรยา หรือญาติ ให้การดูแลหลักตลอด 24 ชั่วโมง

2. บริการรักษาพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือดกรณีแพทย์นัดติดตาม แต่ยังมีข้อจำกัดคือ มีพยาบาลผู้รับผิดชอบเพียง 1 ท่าน การเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอ มีจุดเด่นคือ การแจกผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับผู้สูงอายุติดเตียงทุกเดือนโดยใช้งบกองทุน สปสช. ดังคำกล่าว “อยากให้ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักวิชาการ แพทย์แผนไทย นักกายภาพ ไปเยี่ยมด้วยกัน จะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่านี้” (หญิง อายุ 56 ปี)

3. เทศบาลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทุกรายได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการ จัดรถกู้ยืมบริการรับส่งผู้สูงอายุเดินทางไปโรงพยาบาล ข้อจำกัดคือ รถกู้ยืมสำหรับการรับส่งผู้สูงอายุ

4. บิณฑบาตความทุกข์โดยเจ้าอาวาสวัดวังหินเยี่ยมเสริมกำลังใจ การจัดเครื่องอุปโภคบริโภคไปช่วยเหลือ ผู้สูงอายุทุกราย การสร้างที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ และคอยสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ผู้สูงอายุร้องขอ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น ดังคำกล่าว “คนที่ติดเตียงหลายครอบครัวยากจน ที่วัดมีสิ่งของเครื่องใช้อาหารแห้งที่เขามาทำบุญ ก็จะจัดเป็นชุด ๆ ไว้เยี่ยมครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียง หรือบางทีถ้าเขาแจ้งมาว่าต้องการอะไร ทางวัดก็จะจัดหามอบให้เขา” (หญิงอายุ 56 ปี)

5. อาสาสมัครนักบริบาลผู้สูงอายุ ที่ผ่านหลักสูตรอบรมมีเพียง 4 ท่าน ยังขาดผู้ดูแล (CG) รุ่นใหม่ที่อาสาเข้ามาช่วยดูแล เนื่องจาก CG ต้องอาศัยมาดูแลผู้สูงอายุด้วยใจ ดังคำกล่าว “จริงๆ ดิฉันสวมหมวกหลายใบ แต่ที่อาสามาเป็น CG เนื่องจากทำด้วยใจจริงๆ” (หญิง อายุ 60 ปี) “ในชุมชนเมือง จะหาคนที่มาทำหน้าที่ตรงนี้ มันยาก ต้องเสียสละและ

ทำด้วยใจ ซึ่งค่าตอบแทน 50 บาท มันน้อยมาก” (หญิงอายุ 64 ปี)

6. ผู้นำชุมชนเยี่ยมให้กำลังใจและนำสิ่งของมอบให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่ยากจน “ผู้ใหญ่บ้านคนนี้ดีจริงๆ เวลามีปัญหาเค้าจะมาช่วยเหลือตลอด เอาของมาแจก” (หญิงอายุ 59 ปี)

7. มีระบบสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน จากโรงพยาบาลศูนย์/พุทธชินราช

ข้อจำกัดการขับเคลื่อนรูปแบบในชุมชนกึ่งเมือง ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรยังขาดทีมสหวิชาชีพ 2) ปัญหาขยะติดเชื้อโดยเฉพาะผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่ไม่มีระบบจัดการ 3) การขาดผู้ดูแล (CG) รุ่นใหม่ทำให้ภาระงานล้น อย่างไรก็ตามชุมชนอยากให้เพิ่มเติมคือ ต้องการให้ท้องถิ่นสนับสนุนเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม โดยเฉพาะค่านมและผ้าอ้อม การดูแลแบบสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ CG) ร่วมกันดูแลอย่างสม่ำเสมอ และ ประารถนาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่สะอาดโล่ง โปร่งสบาย และได้รับการปฏิบัติที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาศถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลักในชุมชนเขตกึ่งเมือง พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 0.5) อายุเฉลี่ย 78.9 ± 8.9 ปี เพศหญิง ร้อยละ 55.6 สาเหตุที่ทำให้ติดเตียงได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัลไซเมอร์ ร้อยละ 55.6, 16.6 ตามลำดับ คล้ายกับการศึกษาในประเทศจีน¹² พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL = 0 ร้อยละ 64.1 แสดงถึงผู้สูงอายุต้องพึ่งการดูแลในระบบทดแทนทั้งหมดตามกรอบของโอเร็ม¹⁰ ต้องได้รับการชดเชยความสามารถในการดูแลตนเองจากผู้ดูแลหลักอย่างเต็มรูปแบบ

ด้านผู้ดูแลหลัก อายุ 25-99 ปี ($M=57.1$, $SD=20.6$) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 66.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและญาติต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 83.3 ผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามทฤษฎีของโอเร็ม¹⁰ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านรายได้ ความรู้ และภาระงานทำให้ครอบครัวไม่สามารถชดเชยภาวะบกพร่องในการดูแลผู้สูงอายุได้ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจเสี่ยงต่อภาวะ

แทรกซ้อนเช่น แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมากกว่าครึ่งมีเศรษฐกิจไม่ดี ผู้ดูแลหลักไม่มีรายได้ ต้องดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพังตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นลูกสาว รองมาคือภรรยา และอายุมากกว่า 60 ปี ครอบครัวมีรายได้ต่ำ ผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการดูแล ด้านความรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.0 ทักษะการดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.3 และ 72.2 ตามลำดับ ปัญหาในการดูแลระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 27.8, 22.2 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลยังขาดการอบรมหรือคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการคู่มือดูแลผู้สูงอายุและวิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วย บางครอบครัวมีฐานะยากจน เมื่อต้องไปพบแพทย์ จะต้องร้องขอรถจากเทศบาล แต่มีข้อจำกัดไม่มีคนช่วยยกผู้ป่วยหรือเมื่อต้องการกลับจะต้องรอรถมารับกลับใช้เวลานาน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการเมื่อเทียบกับผู้ที่มีฐานะดี สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่พบว่าความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุติดเตียง บางครอบครัวมีฐานะยากจน ไม่มีเงินเพียงพอในการจ้างยานพาหนะ

2. สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในมุมมองของผู้ดูแลหลักในชุมชนเขตกึ่งเมือง พบว่า ผู้ดูแลหลักมีเพียงคนเดียว ต้องดูแลผู้สูงอายุตามลำพังตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีเวลาพักผ่อนหรือทำงานส่วนตัว อาจทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าและเครียด ความไม่เพียงพอของรายได้และภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ผู้ดูแลมีรายได้จำกัดรายรับต่อเดือนน้อยทำให้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุมาก บางรายอยู่ในวัยสูงอายุ อีกทั้งอาจไม่ได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอ และลักษณะสังคมกึ่งเมือง ลูกหลานส่วนใหญ่จะต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน สถานที่พักอาศัยคับแคบ ภายในบ้านรกรุงรัง ไม่สะอาด การจัดการขยะติดเชื้อไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบปัญหาคล้ายกัน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงมีข้อติดแผลกดทับ ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้และทักษะจำเป็นและจัดการขยะติดเชื้อไม่เหมาะสม การศึกษาจำนวนมาก พบว่าการจัดทำโมดูลการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแล (ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ) ที่บูรณาการประเด็นด้านการเคลื่อนไหวและแนวคิดฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งจำเป็น¹⁷

3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเขตกึ่งเมืองในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่ารูปแบบการดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักคือสมาชิกในครอบครัว 2) การจัดระบบบริการ การเยี่ยมบ้าน และการทำหัตถการตามแพทย์สั่ง เช่น เจาะเลือด เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก 3) การได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการ การจัดบริการรับ-ส่งโรงพยาบาล 4) บินทบาตความทุกข์ การบริจาคอุปกรณ์/สิ่งของจำเป็นให้ผู้ยากจน รวมถึงการสร้างห้องน้ำหรือปรับปรุงที่อยู่อาศัย 5) สนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และผ้าอ้อมสำเร็จรูป 6) นักบริบาล (Care giver) ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่อย่างไรก็ตามพบว่า นักบริบาลมีจำนวนลดลง ไม่มีนักบริบาลรายใหม่ ทำให้ไม่ครอบคลุมกับจำนวนผู้สูงอายุติดเตียง คล้ายกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจังหวัดอุดรธานี¹⁶ มีสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแล แต่ครอบครัวยังมีความตระหนักน้อยหวังพึ่งพิงชุมชนไม่พึ่งตนเอง ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะจำเป็น ได้รับสวัสดิการไม่เหมาะสมและขาดอุปกรณ์จำเป็น การจัดการขยะติดเชื้อไม่เหมาะสม ตามกรอบทฤษฎีไธเรม¹⁰ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวน Caregiver ที่ไม่เพียงพอ ศักยภาพครอบครัวที่จำกัด และการเยี่ยมบ้านที่ไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ระบบการดูแลแบบพึ่งพาทั้งหมด (wholly compensatory) ดำเนินการได้ไม่เต็มที่ ชุมชนและผู้ดูแลยังต้องการการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ เช่นในอดีต แต่ปัจจุบันอาสาสมัครบริบาลลดลงทำให้ผู้ป่วยขาดปฏิสัมพันธ์ ผู้ดูแลหลักต้องการทีมสหวิชาชีพมาเยี่ยมบ้านและสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁶ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรจัดทำการจัดอบรมหรือคู่มือเพื่อเพิ่มพูนความรู้และเสริมสร้างทักษะให้กับผู้ดูแลหลักในชุมชน
2. หน่วยงานท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนานักบริบาลเพื่อช่วยในการเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมลดความเครียดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก
2. ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบ telehealth ชุมชนเขตกึ่งเมือง

3. ศึกษาการติดตามผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุติดเตียง

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม สนับสนุนทุนวิจัย
ปีงบประมาณ 2568

References

1. National Statistical Office. The 2024 Survey of The Older Persons in Thailand. Bangkok: Statistical Information Dissemination; 2024. (in Thai)
2. Wlongtairuak P. Family caregiver model for bed bound elders t home [Dissertation, the Doctor of Philosophy program in Education and Social Development]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
3. Cao J, Wang T, Li Z, Liu G, Liu Y, Zhu C, & Wu X. Factors associated with death in bedridden patients in China: A longitudinal study. Plos one. 2020; 15(1): e0228423.
4. Phitsanulok Provincial Public Health Office. Elderly persons in the responsible area and classified by ability to perform daily activities. Phitsanulok: annual report; 2025. (in Thai)
5. Plai Chumphon Subdistrict Health Promoting Hospital. Elderly Classification Report. Phitsanulok: annual report; 2025. (in Thai)
6. Muangkaew P, Leaudnakrob N, & Jantaramanee A. Model of Driving Care for Bedridden Older Patients in the Suburban Area: A Case Study in Phitsanulok Province. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal. 2021; 13(2): 30-44. (in Thai)
7. Intolo S, Chamnanborirak P, Intharit J, Imnamkhao S, Yowaphui P, Pranudta S, et al. Perception in self-health care of older persons in suburban areas. Mahasarakham hospital Journal. 2020; 17(2): 240-9. (in Thai)
8. Prayoonwong N. Trend situation and health promotion of elderly bedridden people in Thailand. Journal of Public Health and Innovation. 2022; 2(2): 14-25. (in Thai)
9. Vudhironarit S, & Pommala W. The Caring for Bedbound Old Adult: A Systematic Review. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 367-75. (in Thai)
10. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
11. Creswell W. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (3rd ed.). Sage Publications; 2013.
12. Zhou M, Zha F, Liu F, Zhou J, Liu X, Li J, et al. Long-term care status for the elderly with different levels of physical ability: a cross-sectional survey in first-tier cities of China. BMC Health Services Research. 2023; 23(1): 953.
13. Sihapark S, Amornrojanavaravutti W, Kam-on N, Srioad P, Srihanoo P, & Tupsai T. Problems and Needs of Long-Term Care for Elderly Community Dwellers Supported by Long Term Care Fund in Khon Kaen Province. Regional Health Promotion Center 9. 2021; 15(36): 44-62. (in Thai)
14. Chananin Y, Krongyuth S, Kumpiriyapong N, Boonchuwong O, & Chaisongmuang P. Needs Assessment of Health Care for Elderly People Living with Chronic Illnesses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025; 26(1): 149-56. (in Thai)
15. Namwong A, Fukfon K, Kajai C, & Lertwacharasakul S. Situations of Inequities in Access to Essential Health Care Services among Older People: A Qualitative Study. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 368-77. (in Thai)

16. Panyathorn K, Thongpao P, Patchawong M, Singsat S, & Banbodee J. The Situation, Problems and Care Needs for Chronically 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)
17. Berger B, Graeb F, Baumann M, & Wolke R. Becoming Bedridden and Being Bedridden: Implications for Nursing and Care for Older People in Long Term Care: A Scoping Review. *International Journal of Older People Nursing*. 2025; 20(2): e70015.