

การพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง

Development of a Long-Term Care Model for Dependent Older Adults Through
Community Participation at Ban Dongyang Health Promoting Hospital

ภัลลณี ปักกาเวสังข์
Panlanee Pakkavesang
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง
Ban Dongyang Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 482 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 คน ผู้ดูแลหลักจำนวน 30 คน และเครือข่ายชุมชน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมิน Barthel ADL แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 12.13 มีภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนน ADL เฉลี่ยเท่ากับ 8.90 คะแนน อีกทั้งผู้ดูแลขาดความรู้ และระบบบริการยังขาดความต่อเนื่อง 2) ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการจัดระบบบริการดูแลต่อเนื่อง 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบ 6 เดือน พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 8.20 เป็น 13.40 คะแนน และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 8.37 เป็น 11.27 คะแนน โดยผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57, SD = 0.49$) 4) ผลการสะท้อนผล พบว่า รูปแบบช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแล ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพชุมชน

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลจะเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

คำสำคัญ : การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study aimed to: 1) examine the situation and problems of long-term care for dependent older adults 2) develop a community-based long-term care model 3) evaluate the effectiveness of the developed model. This participatory action research was conducted at Ban Dongyang Health Promoting Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. The participants included 482 older adults, 30 dependent older adults, 30 primary caregivers, and community network members. The research instruments consisted of the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index, a knowledge test, a satisfaction questionnaire, and interview guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that: 1) Regarding the situation and problems, 12.13% of older adults were dependent, with a mean ADL score of 8.90, indicating moderate to severe dependency. Caregivers had insufficient knowledge, and the continuity of care services was limited. 2) The developed model consisted of three key components: defining roles and responsibilities of community networks, enhancing caregivers' capacity, and establishing a continuous care service system. 3) After six months of implementation, caregivers' knowledge significantly increased ($p < 0.001$), with the mean score rising from 8.20 to 13.40. The ADL scores of dependent older adults also significantly improved ($p < 0.001$), increasing from 8.37 to 11.27. Caregivers reported the highest level of satisfaction with the model ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.49$). 4) The reflection phase indicated that the model enhanced caregivers' knowledge and confidence, improved continuity of care, and strengthened the community health care system.

In conclusion, the community-based long-term care model improved functional ability among dependent older adults. Enhancing caregivers' capacity and promoting community participation contributed to strengthening the long-term care system at the primary care level. This model should be implemented in other communities to support healthy aging in an aging society.

Keywords : Long-term care, Dependent older adults, Community participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ระบุว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2564 และถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรไทยยังคงเป็นเช่นนี้ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ส่งผลให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาว (Long-term Care: LTC) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้หมายถึงจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาวมากกว่าการรักษาเฉียบพลันในสถานพยาบาล อีกทั้งภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องรับภาระในการเลี้ยงผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบในหลายด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนทำให้คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวลดลง (Dongli, 2022) รายได้ลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงาน ผู้ที่ดูแลอาจจะต้องปรับรูปแบบการทำงานให้สะดวกต่อการรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อาจจะต้องเปลี่ยนงาน หรือบางคนอาจจะต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล หรือเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว (อังคณา ศรีสุข, 2561)

ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในเชิงระบบบริการสุขภาพของไทยมักเชื่อมโยงกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) โดยระบบ LTC ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้เกณฑ์คัดกรองด้วย Barthel ADL และกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามคะแนน ADL (เช่น คะแนน ≤ 11) เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและเชื่อมบริการในชุมชนอย่างเป็นระบบ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ซึ่งความท้าทายที่สำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การทำให้การดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะในบริบทชนบท กิ่งชนบทที่ทรัพยากรบุคลากรสุขภาพจำกัด และครอบครัวเป็นฐานการดูแลหลัก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องมีกลไกในการดูแล ตั้งแต่การจัดการรายกรณี (care management) การมีผู้จัดการการดูแล (CM) และผู้ดูแล (CG) ที่ทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การคัดกรอง วางแผน จัดบริการ ติดตาม ประเมินผลเป็นวงจรครบถ้วน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) อีกหนึ่งวิธีการที่ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น คือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดูแลระยะยาวยั่งยืน เพราะภาวะพึ่งพิงไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางกายภาพ แต่เกี่ยวข้องกับมิติครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการจริงของผู้สูงอายุ (บุหลัน สุขเกษม, 2565)

ในส่วนของจังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดที่มีกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับต้นๆของภาคอีสาน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 186,683 คน แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.29 เพศหญิง ร้อยละ 55.71 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ร้อยละ 3.80 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งมีอัตราการพึ่งพิงที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้ชิดประชาชนที่สุด ได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2566 โดยแยกตามความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 482 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ดีจำนวน 430 คน คิดเป็นร้อยละ 88.38 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 12.13 บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาเรื้อรังและ

พิจารณาเป็นภาระของครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลบางคนต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง, 2566) ซึ่งการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จึงควรมุ่งออกแบบระบบการดูแลร่วมกัน ระหว่าง รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน/อสม. ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเน้น 4 หลักการสำคัญ ได้แก่ (1) การคัดกรองและจำแนกกลุ่มตาม ADL อย่างเป็นระบบ (2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) และการจัดการรายการฉุกเฉินเชิงรุก (3) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ (4) ระบบติดตามประเมินผลที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ผู้สูงอายุและภาระผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวทางระบบ LTC ของประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพและทำงานอยู่ในพื้นที่ตำบลดงยาง จึงสนใจศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง เพราะจะช่วยสร้างต้นแบบการทำงานร่วมกันของภาคีในชุมชนให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจริง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมาอนโรงพยาบาลที่ป้องกันได้ ยก ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ดูแล และเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ให้รองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำหลักการและแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไข การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เป็นบุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง โรงพยาบาลนาตุ้ม และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงยาง รวม 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน กายภาพบำบัด จำนวน 2 คน โภชนาการ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงยาง จำนวน 2 คน

1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน ผู้ดูแล (Caregiver : CG) จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 8 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่ประเมินกิจวัตรประจำวัน จำนวน 482 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง จำนวน 8 หมู่บ้าน

1.4 กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการทดลองปฏิบัติการ จำนวน 30 คน

1.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง มีคะแนน 0-11 คะแนน เพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คะแนน ADL 0-11

2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว สมัครใจเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต

2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ตลอดโครงการ

2. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง จำนวน 8 หมู่บ้าน

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวางแผน และวิเคราะห์สถานการณ์ มีดังนี้

1.1 ทบทวนเอกสาร เวชระเบียนผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง

1.2 ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง จำนวน 482 คน

1.3 การสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. และผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง

1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหา ประสพการณ์ ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการให้บริการ

1.5 วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้ และคืนข้อมูลให้กับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ

1.6 การกำหนดประเด็นการพัฒนา จากการวิเคราะห์ปัญหาและข้อมูลที่รวบรวมได้ ร่วมกับทีมงาน กำหนดประเด็นการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้สามารถปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินการ เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 ผ่านเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย บุคลากรสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง โรงพยาบาลนา ดูน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงยาง เพื่อร่วมวางแผนและกำหนดกิจกรรมการดำเนินงาน มีดังนี้

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ชัดเจน

2.2 การพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ โดยเป็นการอบรมทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 การจัดระบบบริการ ปรับปรุงและจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการจัดพื้นที่ การปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการ และการจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการทำงาน

ระยะที่ 3 การทดลองและติดตามประเมินผล

3.1 นำรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พัฒนาขึ้นสู่การทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน

3.2 การติดตามการปฏิบัติงาน และประเมินความรู้ กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ ด้วยแบบทดสอบความรู้ และสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินความเข้าใจและขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล

4.1 การสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูลให้กับทีมงาน และถอดบทเรียนร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงาน

4.2 การทบทวนและปรับปรุง นำผลที่เก็บรวบรวมได้มาทบทวนปรับปรุงในแต่ละจุดที่มีปัญหา เพื่อปรับปรุง และจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อยอดในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลืนอุจจาระและการกลืนปัสสาวะ การแปลผลคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 0 - 4 คะแนน ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดหรือพิการ, 5 - 8 คะแนน ภาวะพึ่งพิงรุนแรง, 9 - 11คะแนน ภาวะพึ่งพิงปานกลาง , 12 - 20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพิง (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2565)

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกคำตอบ ถูก ผิด มีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความปลอดภัยและการป้องกันการหกล้ม โภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา และจิตสังคม จำนวน 15 ข้อ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวนข้อ 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ 5 ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วย พอใจน้อยที่สุด (1) พอใจน้อย (2) พอใจปานกลาง (3) พอใจมาก (4) และพอใจมากที่สุด (5) เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความพึงพอใจ มีการแปล ผลโดยใช้ เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51 - 5.00 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51 - 4.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2.51 - 3.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 1.51 - 2.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 1.00 - 1.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

4. การสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล อสม. และผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการจะ

ปรับปรุงพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลปัญหา อุปสรรคและความต้องการจะปรับปรุงพัฒนา และข้อคำถามเกี่ยวกับผลการพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการให้บริการ และข้อคำถามเกี่ยวกับผลการพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น

6. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ หลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (อสค.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั่วไป หลักสูตร 18 ชั่วโมง (กรมอนามัย, 2560) ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการภาวะวิกฤต/ฉุกเฉินเบื้องต้น การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาวเบื้องต้น การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ชัดเจน และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.66-1 และนำไปปรับแก้ตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอตีแอล แบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.89 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้หาค่าความเที่ยงใช้วิธีของ Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติก่อน-หลัง Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาคนู วันที่ 6 มกราคม 2568 เลขที่จริยธรรมวิจัย ND 06/2568 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกว่าจะไม่สะดวก

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง มีดังนี้

1.1 ผลการสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) จำนวน 482 คน โดยแยกตามความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.75 เพศหญิง ร้อยละ 53.25 ผู้สูงอายุติดสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ดีจำนวน 430 คน คิดเป็นร้อยละ 88.38 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 12.13 และจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 58 คน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงมากและพึ่งพิงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.03 และ 27.59 ตามลำดับ ขณะที่ผู้สูงอายุติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 20.69 คะแนน ADL เฉลี่ยเท่ากับ 8.9 คะแนน ซึ่งมีความจำเป็นในการจัดระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระดับชุมชน

1.2 ผลการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้ดูแล อสม. และผู้ดูแลหลักในครอบครัว เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่บ้านดงยางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ ทำให้มีภาระของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทั้งด้านเวลา แรงกาย และจิตใจ ผู้ดูแลหลายรายจำเป็นต้องหยุดงาน หรือเลิกประกอบอาชีพเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้รายได้ของครัวเรือนลดลง และเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียวหรือขาดผู้ช่วยเหลือเพิ่มเติม ซึ่งผู้ดูแลหลักในครอบครัว จะมีความตั้งใจในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีขาดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การป้องกันแผลกดทับ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุอย่างถูกวิธี การป้องกันการหกล้ม การดูแลด้านโภชนาการ และการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ดูแลบางรายดูแลผู้สูงอายุตามประสบการณ์หรือคำบอกเล่าจากคนในชุมชน ทำให้การดูแลยังขาดมาตรฐาน และอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งปัญหาที่สำคัญอีกอย่าง คือปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ด้วยตนเอง แม้ รพ.สต.บ้านดงยาง และ อสม. จะมีการเยี่ยมบ้านและติดตามดูแล แต่ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร เวลา และภาระงาน ส่งผลให้การดูแลยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนั้นพื้นที่บ้านดงยางมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม. การกำหนดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยางอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ลดภาระของครอบครัว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

1.3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ พบว่า (1) ปัญหาด้านผู้สูงอายุผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ขณะที่ผู้ดูแลบางรายขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่เหมาะสม (2) ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพยังขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมทุกคน (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เต็มที่ ซึ่งการการดูแลที่ดีควรมีการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล และสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างบุคลากรสห

วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง โรงพยาบาลนาตุ้ม เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ดงยาง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล(CG) และตัวแทนผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้สูงอายุ ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกัน จนนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ มุ่งเน้นการดูแลระยะยาว ครอบครัวมิตรร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชุมชน โดยมีโครงสร้างหลัก 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากร สาธารณสุขมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการดูแลรายบุคคล อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน CG มีบทบาทในการติดตามเยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน องค์การบริหารส่วนตำบล ให้การสนับสนุนทรัพยากรและสวัสดิการด้านสังคม ขณะที่ผู้นำชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หลักในครอบครัวผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน

2.2 การพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้หลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัว (อสค.)และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ของกรมอนามัย จำนวน 18 ชั่วโมง โดยการอบรมใช้ วิธีการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง มีทีมสหวิชาชีพเป็นวิทยากร ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับผู้ สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการภาวะวิกฤต/ฉุกเฉินเบื้องต้น การ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาวเบื้องต้น การช่วยในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว สุขภาพจิต กับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิผู้สูงอายุ

2.3 การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาว โดยการปรับปรุงกระบวนการ ให้บริการให้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น เริ่มจากการจัดทำระบบทะเบียนผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล นอกจากนี้ได้มีการจัดระบบการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ CG และ อสม. อย่างต่อเนื่อง การจัดทำแบบ บันทึกรดูแลผู้สูงอายุ และการจัดทำช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ สามารถติดตามภาวะสุขภาพและให้คำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับองค์การ บริหารส่วนตำบลในการสนับสนุนด้านทรัพยากรและสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง มีดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทดลองปฏิบัติการ จำนวน 30 คน พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเพศชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีอายุเฉลี่ย 75 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมา อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 และอายุ 60-69 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินดัชนี ADL พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพึ่งพิง ปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ กลุ่มพึ่งพิงมาก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และกลุ่มพึ่งพิงทั้งหมด (ติดเตียง) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยมีคะแนน ADL เฉลี่ยเท่ากับ 8.73 คะแนน

3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ทดลองปฏิบัติการ จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน ร้อยละ 76.67 เพศชาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร จำนวน 18 คน ร้อยละ 60 เป็นคู่สมรส จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 12 คน ร้อยละ 40 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 มีรายได้ต่อเดือน 5,000–10,000 บาท/เดือน จำนวน 13 คน ร้อยละ 43.33 น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 ซึ่งผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 52 ปี

3.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มจาก 8.20 คะแนน (SD = 1.87) เป็น 13.40 คะแนน (SD = 1.21) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=30)

ระยะเวลา	\bar{X}	SD	Mean difference	95% CI	t	p-value
ก่อนการอบรม	8.20	1.87				
หลังการอบรม	13.40	1.21	5.20	4.55–5.85	15.87	<0.001**

3.4 ผลการเปรียบเทียบการประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังดำเนินการปฏิบัติการ 6 เดือน พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.37 คะแนน (SD = 2.41) เป็น 11.27 คะแนน (SD = 2.68) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังดำเนินการปฏิบัติการ 6 เดือน (n=30)

ระยะเวลา	\bar{X}	SD	Mean difference	95% CI	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	8.37	2.41				
หลังดำเนินการ	11.27	2.68	2.90	2.10 – 3.70	7.42	<0.001**

3.5 ผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, SD = 0.49) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่า ความเอาใจใส่ของบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.70$, SD = 0.46) รองลงมา

คือความสุภาพของบุคลากร ($\bar{X} = 4.66, SD = 0.48$) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจต่ำที่สุด คือความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 4.43, SD = 0.55$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ (n=30)

รายการ	\bar{X}	SD	แปลผล
1.ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ	4.47	0.51	มาก
2.ความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ	4.43	0.55	มาก
3.ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	4.45	0.52	มาก
4.ความเอาใจใส่ของบุคลากร	4.70	0.46	มากที่สุด
5.ความชัดเจนในการให้คำแนะนำ	4.63	0.49	มากที่สุด
6.ความสุภาพของบุคลากร	4.66	0.48	มากที่สุด
7.ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น	4.60	0.50	มากที่สุด
8.ความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น	4.58	0.53	มากที่สุด
9.ความสามารถในการนำไปใช้จริง	4.55	0.54	มากที่สุด
10.ผู้สูงอายุมีอาการ/สมรรถนะดีขึ้น	4.62	0.47	มากที่สุด
11.ลดภาระและความเครียดในการดูแล	4.57	0.52	มากที่สุด
12.การดูแลนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว	4.64	0.45	มากที่สุด
ภาพรวม	4.57	0.49	มากที่สุด

3.6 ผลการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้ดูแล อสม. และผู้ดูแลหลักในครอบครัว หลังจากพัฒนารูปแบบ พบว่า (1) ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งภายหลังได้รับการอบรมและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการผิดปกติ ส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและมั่นใจมากขึ้น (2) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดีขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนลดลง (3) หลังจากมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ทำให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะการติดตามเยี่ยมบ้าน การประสานงาน และการให้ความช่วยเหลือ

3.7 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ หลังจากพัฒนารูปแบบ พบว่า การพัฒนารูปแบบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 4 ด้าน คือ (1) ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความชัดเจนมากขึ้น โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน มีการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีแผนการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถติดตามดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ (2) ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ภายหลังได้รับการอบรมและคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมั่นใจมากขึ้น (3) เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมากขึ้น โดยมีการร่วมกันวางแผนและดำเนิน

กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ (4) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อน

4. ผลการคืนข้อมูล และการถอดบทเรียนร่วมกัน ภายหลังจากนำรูปแบบระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปทดลองใช้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยางเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการพัฒนากลไกการดูแลระยะยาวที่มีความเป็นระบบมากขึ้น มีการจำแนกระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนี Barthel ADL และการวางแผนการดูแลรายบุคคล อย่างชัดเจน ส่งผลให้ทีมสุขภาพสามารถติดตามประเมิน และปรับแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะรายมากขึ้น อีกทั้งรูปแบบดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการบริการโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานมีความสอดคล้อง ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล โดยเฉพาะการดำเนินงานเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้าน และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลไกความสำเร็จที่สำคัญของรูปแบบ ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน (2) การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน (3) การจัดระบบการติดตามและการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่อง (4) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและตัดสินใจ

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในระดับผู้ดูแล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถอธิบายได้บนพื้นฐานของกลไกสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. การเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภายหลังจากใช้รูปแบบสามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดภาวะการเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระบบบริการแบบเดิมที่เน้นการรักษาแบบเฉียบพลันมากกว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การจัดให้มีระบบการประเมิน ADL การวางแผนการดูแลรายบุคคล และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้สามารถส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย (2563) ที่ระบุว่าระบบการดูแลระยะยาวที่มีการจัดการรายกรณีและการติดตามต่อเนื่องช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าการดูแลแบบแยกส่วน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chatterji et al. (2015) ที่พบว่า การดูแลระยะยาวที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลที่บ้านสามารถชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้

2. การเพิ่มขึ้นของศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายความสำเร็จของรูปแบบ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จะสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิ ในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพันธ์ สุริยะ และคณะ(2562) ที่พบว่า การนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ และเมื่อมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน และความร่วมมือร่วมใจ และสอดคล้องกับ Aboderin (2017) ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะ

ยาวที่มีประสิทธิภาพต้องเน้นการพัฒนากระบวนการควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของชุมชน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (2015) ที่ระบุว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหลักของระบบการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข CG และผู้นำชุมชน ในการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ กลไกดังกล่าวช่วยเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพและครอบครัว ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และช่วยลดข้อจำกัดของบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของศุณวลักษณ์ สุรภักดิ์ (2560) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ และช่วยให้ความยั่งยืนของระบบการดูแล การดำเนินการบริการเน้นการมีส่วนร่วมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์ และพวงทอง อินใจ(2562) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรม เพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ และยังคงสอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2015) ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Boots et al. (2014) ที่ระบุว่า การสนับสนุนผู้ดูแลสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลและลดภาระของระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำรูปแบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเฉพาะการใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) เพื่อคัดกรองและวางแผนการดูแลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ

2. บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). คู่มือ LTC ฉบับสมบูรณ์ ปี 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย.(2560).หลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (อสค.)และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั่วไป หลักสูตร 18 ชั่วโมง.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย.(2563).คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiverหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง) นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา พิบูลย์ และพวงทอง อินใจ.(2562).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ.วารสารกรมการแพทย์, 44(3), 66 – 74.
- จิรนนท์ สุริยะ, และคณะ.(2562).การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ.พยาบาลสาร, 46(2), 47 – 58.

- บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- บุหลัน สุขเกษม, และคณะ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 1(1), 71-83.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง.(2566). รายงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง พ.ศ. 2566.มหาสารคาม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยาง.
- ศุณาลัยลักษณ์ สุรศักดิ์.(2560). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 1(1), 29 – 37.
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). กรุงเทพมหานคร: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, และคณะ. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อังคณา ศรีสุข. (2561). ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Boots, L. M. M., de Vugt, M. E., van Knippenberg, R. J. M., Kempen, G. I. J. M., & Verhey, F. R. J. (2014). A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 331–344.
- Chatterji, S., et al. (2015). Health, functioning, and disability in older adults present status and future implications. *The Lancet*, 385(9967).563-575.
- Dongli Fang. (2022). The Effect of Household Dependency Ratio on the Mental Health of Workforce: Evidence From China. *Public Health*, 10, 1-10.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>