

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

Development of a Long-Term Care Model for the Elderly in a Dependent Group

กมลขวัญ จุลแสน พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางนายสี อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา

Kamonkwan Jullasan B.N.S.

Ban Bang Nai Si Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phang Nga Province

Corresponding author Email: noynar507@gmail.com

Received: 2026 Mar 31

Revised: 2026 Apr 26

Accepted: 2026 Apr 26

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 45 คน แกนนำครอบครัวและผู้ดูแล 30 คน และภาคีเครือข่าย 21 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา รวมถึง Paired T-test ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาและความต้องการพบข้อจำกัดสำคัญ 7 ด้าน ได้แก่ สัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสมความจำกัดด้านทักษะของผู้ดูแล ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น ขาดอุปกรณ์ฟื้นฟู และขาดความต่อเนื่องในการดูแลจากครอบครัวเนื่องจากรูปแบบเดิมเป็นการสั่งการจากบนลงล่างที่ขาดการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้พัฒนา "WISDOM Model" ประกอบด้วย Workforce Optimization, Intensive Skill Upgrading, Smart Technology & Equipment, Domestic Participation, Organized Community-Based Care และ Monitoring & Evaluation โดยขับเคลื่อนผ่าน 7 กิจกรรมหลัก เน้นการเปลี่ยนจากการพึ่งพิงตัวบุคคลไปสู่ระบบพลังชุมชนและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การประเมินผลด้านกระบวนการและผลผลิตพบว่าภาคีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องมีความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบและความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับ "มากถึงมากที่สุด" ด้านผลกระทบพบว่า สถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการประเมินหลังใช้รูปแบบ 10 เดือน พบว่าระดับปัญหาสุขภาพในทุกมิติ ลดลงจากระดับ "มากที่สุด" มาอยู่ในระดับ "ปานกลางถึงน้อย" WISDOM Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเป็นรูปธรรมผ่านการบูรณาการความร่วมมือของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว, กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This action research aimed to 1) analyze the problems and needs for developing a long-term care model for dependent elderly individuals, 2) develop a long-term care model for dependent elderly individuals, and 3) evaluate the developed model. The study was conducted in Bang Nai Si Subdistrict, Takuapa District, Phang Nga Province. The sample consisted of 45 dependent elderly individuals, 30 family leaders and caregivers, and 21 network partners. The research instruments included interview questionnaires, focus group discussions, satisfaction questionnaires, and the Barthel ADL (Activities of Daily Living) Index. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired T-tests. The results showed that seven major limitations identified in the existing problems and needs were: an inappropriate caregiver-to-patient ratio, limited caregiver skills, a shortage of caregivers, insufficient medical equipment, an increasing number of target individuals, lack of rehabilitation equipment, and a lack of continuity in family care due to the top-down approach of the previous model lacking family participation. The researchers developed the "WISDOM Model," comprising Workforce Optimization, Intensive Skill Upgrading, Smart Technology & Equipment, Domestic Participation, Organized Community-Based Care, and Monitoring & Evaluation. This model is driven by seven key activities, focusing on a shift from individual dependence to a community-based system and the use of supporting technology. Process and output evaluations revealed that stakeholders and network partners expressed a high to very high level of satisfaction with the model. Impact assessments showed a significant improvement in the health status of the target elderly group. A 10-month post-implementation evaluation demonstrated a reduction in health problems across all dimensions from "most severe" to "moderate to low." The WISDOM Model is an effective long-term care model for the elderly, tangibly improving the quality of life for dependent individuals through sustainable integrated collaboration between families and community networks.

Key words: Long-Term Care, Dependent Group, Model development

บทนำ

ประชากรสูงอายุ (Population Aging) เป็นปรากฏการณ์ทั่วโลก โดยคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจาก 771 ล้านคนในปี ค.ศ. 2022 เป็น 1,600 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ คาดว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (Low and Middle Income Countries: LMICs) จะประสบกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุด โดยประชากรเกือบร้อยละ 80 ของโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาศัยอยู่ใน LMICs ภายในปี ค.ศ. 2050⁽²⁾ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้คาดว่าจะทำให้สังคมเปลี่ยนแปลงไปในหลายแง่มุม โดยส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ โปรแกรมสวัสดิการสังคม ผลผลิตทางเศรษฐกิจ และโครงสร้างครอบครัว⁽³⁾

ผู้สูงวัยในถิ่น (Aging in place)" หมายถึง การดูแลที่อยู่อาศัยเพื่อให้ผู้สูงวัยสามารถพักอาศัยในสถานที่เดิมได้อย่างยาวนานขึ้น ไม่ต้องย้ายไปอาศัยในโรงพยาบาล หรือบ้านพักคนชรา⁽⁴⁾ โดยการสร้างถิ่นที่อยู่อาศัยหรือการจัดสภาพแวดล้อม และที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงวัยทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่สามารถเอื้ออำนวย การอาศัยอยู่ในแหล่งพำนักอาศัยกับคนในครอบครัว สังคมที่คุ้นเคย และสนับสนุนให้ผู้สูงวัยยังเป็นสมาชิกที่กระฉับกระเฉงของสังคมอยู่ได้

ประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศใช้ "แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่เดิม เป็นหลักเกณฑ์ในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ การแก่ชราตามธรรมชาติในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาความเป็นอิสระ ความเคารพตนเอง ความเป็นส่วนตัว และคุณภาพชีวิต ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลในชุมชน หลายประเทศจึงเริ่มปฏิรูปการพัฒนาทรัพยากรสำหรับดูแลระยะยาว การจัดหาบริการ การจัดการ และแผนทางการเงิน โดยไม่คำนึงถึงระบบการเมือง จุดเน้นคือการพัฒนาบริการสนับสนุนในท้องถิ่นด้วยความตั้งใจที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนท้องถิ่นได้นานที่สุด⁽⁵⁾

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC) หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยสรุปคือ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขภาพ วิทยาสวนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น⁽⁶⁾

ในปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลก มีผู้สูงอายุที่เป็นภาวะพึ่งพิงประมาณหกพันล้านคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.32 ร้อยละ 10.62 และ ร้อยละ 11.28 ตามลำดับ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลต่อความต้องการดูแลเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระในระบบ

สาธารณสุขจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจำต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวตามข้อตกลงสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2570 คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 24 และคาดการณ์ว่าประชากรรวมในปี พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 อายุเฉลี่ยของหญิงไทย จะเพิ่มเป็น 78.42 ปี ในขณะที่ชายไทยจะมีอายุเฉลี่ย 71.65 ปี จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2563 พบ ผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 22.34⁽⁷⁾ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้ให้งบค่าบริการ ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน 600 ล้านบาท ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่

ประเทศไทยประสบปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สำคัญ ได้แก่ 1) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ 2) ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงจากขนาดครอบครัวที่เคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง และการทำงานนอกบ้านของสตรี และ 3) ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามีอยู่ในลักษณะตั้งรับ สามารถให้บริการหลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง บริการมีจำกัด และมักเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง

รูปแบบเดิมที่ใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา คือ รูปแบบ Top-down (จากบนลงล่าง) คือวิธีการบริหารหรือการวิเคราะห์ที่เริ่มตัดสินใจและวางแผนจากระดับสูงสุด (ผู้บริหาร/ภาพใหญ่) แล้วถ่ายทอดลงมาสู่ระดับปฏิบัติการ เน้นความรวดเร็วในการสั่งการและทิศทางที่ชัดเจน รูปแบบนี้มีจุดเด่นและข้อดีในแง่กระบวนการตัดสินใจ กล่าวคือผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้กำหนดกลยุทธ์ นโยบาย และเป้าหมาย อีกทั้งการสื่อสารเป็นการสั่งการจากบนลงล่างสู่ผู้ปฏิบัติในระดับล่างซึ่งเหมาะสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการความรวดเร็วหรือการตัดสินใจในสถานการณ์วิกฤต แต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ผู้ปฏิบัติระดับล่างอาจไม่รู้สึกร่วมและขาดข้อมูลเชิงลึกจากการปฏิบัติจริง

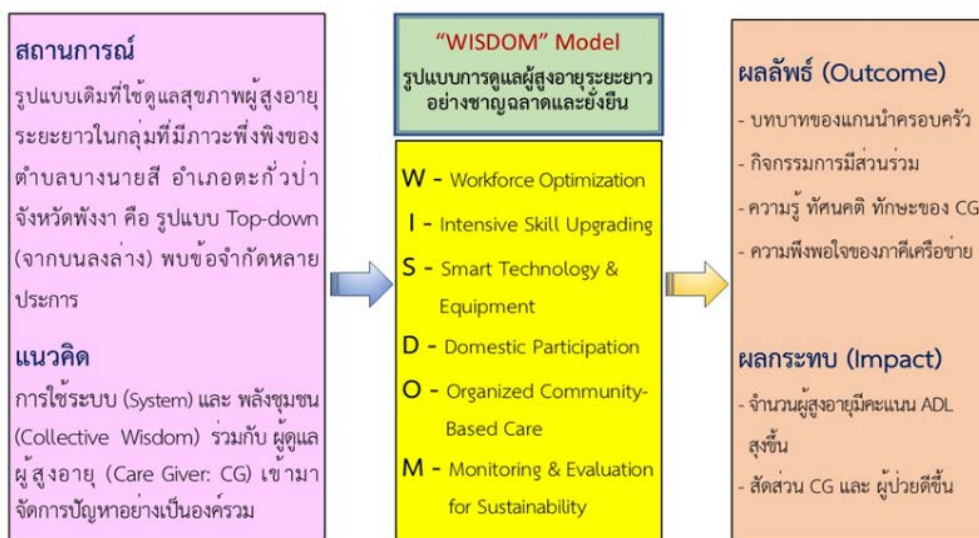
ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁸⁻¹⁶⁾ และพัฒนารูปแบบใหม่ “WISDOM Model” ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างชาญฉลาดและยั่งยืน รูปแบบนี้ใช้หลักการ 6 ด้าน ประกอบด้วย W - Workforce Optimization (การบริหารจัดการกำลังคนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด) เพื่อแก้ปัญหา "สัดส่วน CG ไม่เหมาะสม" และ "CG หายาก" I - Intensive Skill Upgrading (การยกระดับทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น) เพื่อแก้ปัญหา "ข้อจำกัดในขีดความสามารถของ CG" S - Smart Technology & Equipment (เทคโนโลยีและอุปกรณ์อัจฉริยะ) เพื่อแก้ปัญหา "อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ/ขาดอุปกรณ์ฟื้นฟู" D - Domestic Participation (การส่งเสริมการมีส่วนร่วมภายในครอบครัว) เพื่อแก้ปัญหา "ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง" O - Organized Community-Based Care (การจัดระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน) เพื่อแก้ปัญหา "การเพิ่มขึ้นของกลุ่มเป้าหมาย" M - Monitoring & Evaluation for Sustainability (การติดตามและประเมินผลเพื่อความยั่งยืน) เพื่อ "ควบคุมคุณภาพและปรับปรุงรูปแบบการทำงาน" โมเดล WISDOM นี้จะเปลี่ยนจากการพึ่งพิงตัวบุคคล (CG) เพียงอย่างเดียว ไปสู่การใช้ ระบบ (System) และ พลังชุมชน (Collective Wisdom) เข้ามาจัดการปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

จากที่มา ความสำคัญ และปัญหาข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา โดยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้พัฒนาขึ้น การวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ทั้งทางวิชาการในการสร้างองค์ความรู้สู่สังคมและสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานและบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถขยายผลรูปแบบให้แก่หน่วยงานต่างๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต หรือระดับประเทศ เพื่อประยุกต์ใช้ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยพบโอกาสในการพัฒนาหลังจากวิเคราะห์การขับเคลื่อนงานรูปแบบเดิมที่ใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ของตำบลบางนายสี อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา คือ รูปแบบ Top-down (จากบนลงล่าง) ในขณะเดียวกัน ได้พบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(8-16) จึงพัฒนารูปแบบใหม่ “WISDOM Model” ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างชาญฉลาดและยั่งยืน รูปแบบนี้ใช้หลักการ 6 ด้าน ประกอบด้วย W - Workforce Optimization, I - Intensive Skill Upgrading, S - Smart Technology & Equipment, D - Domestic Participation, O - Organized Community-Based Care, M - Monitoring & Evaluation for Sustainability โมเดล WISDOM นี้จะเปลี่ยนจากการพึ่งพิงตัวบุคคล (CG) เพียงอย่างเดียว ไปสู่การใช้ ระบบ (System) และ พลังชุมชน (Collective Wisdom) เข้ามาจัดการปัญหาอย่างเป็นองค์รวม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพโดยใช้ค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) (0-20 คะแนน) ซึ่งจำแนกผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ค่าคะแนน ADL เท่ากับ 0-4 (กลุ่มติดเตียง)

กลุ่มที่ 2 ค่าคะแนน ADL เท่ากับ 5-11 (กลุ่มติดบ้าน)

กลุ่มที่ 3 ค่าคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพโดยใช้ค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ได้ค่าคะแนน ADL เท่ากับ 0-11 ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่สามารถนำเข้าโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) โดยจำแนกประเภทกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสะสมภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางนายสี อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร รวม 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – 2567 เท่ากับ 29 คน 17 คน และ 20 คน ตามลำดับ รวมทั้งหมด 66 คน โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 จำนวน 32 ราย ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 จำนวน 34 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสะสมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางนายสี อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร รวม 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)⁽¹⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน⁽¹⁸⁾

กลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสะสมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางนายสี อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร รวม 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 รวมทั้งหมด 45 คน

กลุ่มที่ 2 ครอบครัว ได้แก่ แก่นนำครอบครัวหรือตัวแทนสมาชิกครอบครัว ตำบลบางนายสี อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร รวม 20 คน และ Care giver รวม 10 คน รวมทั้งหมด 30 คน

กลุ่มที่ 3 ภาศึเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตำบลบางนายสี อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร รวม 6 คน และ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนองกระทรวงสาธารณสุขและในส่วนองเทศบาลตำบลบางนายสี รวม 15 คน รวมทั้งหมด 21 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพโดยใช้ค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ได้ค่าคะแนน ADL เท่ากับ 0-11 ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

- 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นคนไทย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 3) เป็นผู้ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูล
- 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เสียชีวิตระหว่างดำเนินการโครงการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พร้อมเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย เป็น 4 ระยะ (ภาพที่ 2) ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจ วิเคราะห์ สภาพปัญหา ความต้องการ

วิธีการวิเคราะห์จากเอกสาร รายงานผลการดำเนินงาน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีวิเคราะห์จาก

1) ทบทวน รายงานผลการดำเนินงาน และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสะสมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา รวม 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567

2) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยสรุปเนื้อหา แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนรูปแบบที่ยกร่างอีกครั้ง

วิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน ผู้ดูแล จำนวน 5 คน แกนนำครอบครัว จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน/บุคลากรสาธารณสุข/เทศบาล/และผู้บริหาร รวมจำนวน 15 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

1) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามอยู่ 3 ข้อ ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เป็นอย่างไร 2) ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีอะไรบ้าง 3) แนวทางในการปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีอะไรบ้าง

2) เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จำนวน 1 ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแล จำนวน 2 คน แกนนำครอบครัว จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน/บุคลากรสาธารณสุข/เทศบาล/และผู้บริหาร รวมจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจน และความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถาม ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568 โดยจัดกลุ่มสนทนา 15 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 3 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก (Note-Taker) 2 คน และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2.30 - 3.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller, 1992⁽¹⁹⁾ ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ องค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบ (Research findings) จากขั้นตอนวิจัยในระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการ โดยใช้เอกสาร รายงานผลการดำเนินงาน เอกสารที่เกี่ยวข้อง และ วิธีเชิงคุณภาพ และ องค์ความรู้ที่ได้จากการวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสังเคราะห์ สกตมัยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอดงแก้วป่า จังหวัดพังงา

3) นำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จำนวน 1 ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน เพื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity: CV) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 มีข้อเสนอแนะในประเด็นให้จัดกิจกรรมให้ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารจัดการกำลังคนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด 2) การยกระดับทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น 3) เทคโนโลยีและอุปกรณ์อัจฉริยะ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมภายในครอบครัว 4) การจัดระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 5) การติดตามและประเมินผลเพื่อความยั่งยืน

โมเดล WISDOM และเสนอแนะให้เปลี่ยนจากการพึ่งพิงตัวบุคคล (CG) เพียงอย่างเดียว ไปสู่การใช้ ระบบ (System) และ พลังชุมชน (Collective Wisdom) เข้ามาจัดการปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

4) นำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบล บางนายสี อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร ที่ได้พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และการปรับปรุง ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1) สืบสาร ถ่ายทอดแนวทาง/รูปแบบในการพัฒนาขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ระดมสมองในแปลงแนวทางสู่กิจกรรมปฏิบัติขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

3) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง แก่ผู้ดูแล แกนนำครอบครัว และผู้นำชุมชน/บุคลากรสาธารณสุข/เทศบาล/และผู้บริหาร ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร

4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบในช่วงรอบที่ 1 (นานเป็นระยะเวลา 6 เดือน) และระดมสมองถอดบทเรียน ปรับปรุงกิจกรรมที่ยังมีส่วนขาด/โอกาสในการพัฒนาตามหลักการ (Plan-Do-Check-Act: วัฏจักร PDCA) เพื่อนำกิจกรรมปฏิบัติขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้ปรับปรุงแล้วสู่การทดลองใช้ในช่วงรอบที่ 2 (นานเป็นระยะเวลา 4 เดือน)

5) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร จำนวน 10 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงรอบ กล่าวคือ ช่วงรอบที่ 1 นานเป็นระยะเวลา 6 เดือน ช่วงรอบที่ 2 นานเป็นระยะเวลา 4 เดือน

ระยะที่ 4 การประเมินผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับการประเมินผล	ประเด็นการประเมิน	กลุ่มเป้าหมายที่ประเมิน	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน	การวิเคราะห์ข้อมูล
กระบวนการ (Process)	- การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	แกนนำครอบครัวและ	- แบบสอบถาม	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา
	- การระดมทรัพยากรการบริหาร	ผู้ดูแล 30 คน และภาคี	ปลายเปิด	
	- ความร่วมมือของชุมชน	เครือข่ายชุมชน 21 คน	- การสัมภาษณ์เชิง	
	- การรายงานผลการดำเนินงาน	รวมทั้งสิ้น 96 คน	ลึก	
ผลลัพธ์ (Output)	- บทบาทของแกนนำครอบครัว	แกนนำครอบครัวและ	แบบสอบถาม	วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
	- กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ผู้ดูแล 30 คน และภาคี	ปลายปิดและ	เชิงพรรณนา
	- ความรู้ ทักษะ ทักษะของ CG	เครือข่ายชุมชน 21 คน	ปลายเปิด	(Descriptive
	- ความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย	รวมทั้งสิ้น 96 คน		Statistics)

ระดับการประเมินผล	ประเด็นการประเมิน	กลุ่มเป้าหมายที่ประเมิน	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน	การวิเคราะห์ข้อมูล
ผลกระทบ (Outcome)	- จำนวนผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL สูงขึ้น - สัดส่วน CG และ ผู้ป่วยดีขึ้น	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL 0-11) จำนวน 45 คน	แบบประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดังนี้

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; S.D.) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum)
- 2) ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการประเมินผลก่อนและหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ในพื้นที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired T-test
- 3) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย (Ethical Considerations)

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา สอดคล้องตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Belmont Report, Nuremberg Code, Declaration of Helsinki ข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษา

จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 รหัสโครงการวิจัย PNPH 2025/027.0104 เอกสารรับรองเลขที่ COA.PNPH 2025/027.1704 วันที่รับรอง 17 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

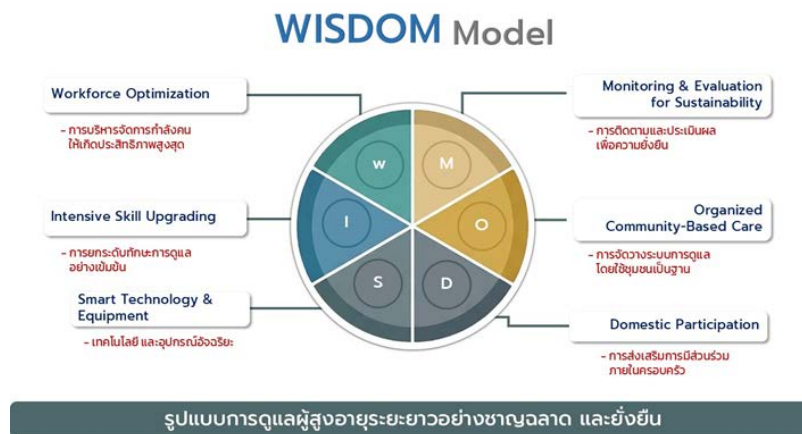
ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาผลการศึกษออกเป็น 3 ส่วน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย เรียงลำดับเนื้อหาเป็นส่วน ๆ ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจ วิเคราะห์ สภาพปัญหา ความต้องการ

ผลการสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางนายสี พบสภาพปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ 1) สัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) กับผู้ป่วยไม่เหมาะสม ตามเกณฑ์ Care giver 1 คนต่อผู้ป่วย 1-10 คน 2) มีความจำกัดในเรื่องขีดความสามารถของ Care giver ที่เข้าไปดูแลเป็นผู้สูงอายุ 3) Care giver ที่จะปฏิบัติงานหายาก เนื่องจากค่าตอบแทนน้อย ว่างวันมีงานทำ 4) อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยบางรายต้องการเครื่องผลิตออกซิเจน เตียง เบาะลม งบประมาณที่ สปสข. จัดมาให้ซื้อได้บางอย่าง บางอย่างไม่สามารถเองบตรงนี้ไปซื้อได้ และต้องแบงงบ ในการจ้าง Care giver 5) กลุ่มเป้าหมายของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเริ่มแรกเมื่อปี พ.ศ. 2560 ให้ดูแลเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปัจจุบันนี้ ต้องดูแลทุกกลุ่มอายุ และทุกสิทธิ์ 6) ขาดอุปกรณ์ในการฟื้นฟู ในผู้ป่วยบางรายต้องการอุปกรณ์เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ครอบครัวไม่มีเงินในการซื้ออุปกรณ์ และ 7) ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำงาน หรือบางครั้งก็ทิ้งให้เป็นภาระของ Care giver

2. การพัฒนารูปแบบ Long-Term Care (LTC)

รูปแบบใหม่ "WISDOM Model" ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างชาญฉลาดและยั่งยืน รูปแบบนี้ใช้หลักการ 6 ด้าน ประกอบด้วย W - Workforce Optimization (การบริหารจัดการกำลังคนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด) เพื่อแก้ปัญหา "สัดส่วน CG ไม่เหมาะสม" และ "CG หายาก" I - Intensive Skill Upgrading (การยกระดับทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น) เพื่อแก้ปัญหา "ข้อจำกัดในขีดความสามารถของ CG" S - Smart Technology & Equipment (เทคโนโลยีและอุปกรณ์อัจฉริยะ) เพื่อแก้ปัญหา "อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ/ขาดอุปกรณ์ฟื้นฟู" D - Domestic Participation (การส่งเสริมการมีส่วนร่วมภายในครอบครัว) เพื่อแก้ปัญหา "ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง" O - Organized Community-Based Care (การจัดระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน) เพื่อแก้ปัญหา "การเพิ่มขึ้นของกลุ่มเป้าหมาย" M - Monitoring & Evaluation for Sustainability (การติดตามและประเมินผลเพื่อความยั่งยืน) เพื่อ "ควบคุมคุณภาพและปรับปรุงรูปแบบการทำงาน" โมเดล WISDOM นี้จะเปลี่ยนจากการพึ่งพิงตัวบุคคล (CG) เพียงอย่างเดียว ไปสู่การใช้ ระบบ (System) และ พลังชุมชน (Collective Wisdom) เข้ามาจัดการปัญหาอย่างเป็นองค์รวม (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 “WISDOM Model” รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างชาญฉลาดและยั่งยืน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1) การสร้างแกนนำครอบครัว ให้ความรู้เชิงลึกแก่สมาชิกในบ้านเพื่อให้เป็น "โซ่ข้อกลาง" ในการดูแล
- 2) การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสา สร้างระบบเกื้อกูลในชุมชนเพื่อลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ
- 3) การส่งเสริมส่วนร่วมภาคีเครือข่าย การบูรณาการระหว่าง รพ.สต. เทศบาล และผู้นำชุมชน
- 4) การพัฒนาทักษะ CG (Caregiver) อบรมทักษะทางกายภาพบำบัด สุขวิทยาส่วนบุคคล และสุขภาพจิต
- 5) กลไกงบประมาณ การขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล
- 6) ระบบรายงานดิจิทัล ใช้เทคโนโลยีบันทึกผลการเยี่ยมบ้านเพื่อความเร็วในการติดตาม
- 7) การคัดกรองเชิงรุก ประเมิน ADL และสุขภาพ 3 รอบเพื่อติดตามพัฒนาการ

รูปแบบที่พัฒนาที่ได้พัฒนาขึ้นดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้ถูกนำมาวางแผนปฏิบัติการ แล้วดำเนินการตามแผน จำนวน 2 รอบ ระยะเวลา 10 เดือน (รอบที่ 1 ระยะเวลา 6 เดือน รอบที่ 2 ระยะเวลา 4 เดือน กล่าวคือ เมื่อครบรอบที่ 1 จะมีการประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปบทเรียน สะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงกิจกรรม และต่อมารอบที่ 2 ดำเนินการตามแผนที่ปรับปรุงแล้ว เมื่อระยะเวลาครบ 10 เดือน จึงดำเนินการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 51 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 74.5) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 25.5) กลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.2) รองลงมา ได้แก่ 40-49 ปี (ร้อยละ 21.6) และ 50-59 ปี (ร้อยละ 15.7) ตามลำดับ ในด้านตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ พบว่ามีเท่า ๆ กัน ได้แก่ สมาชิกสภาเทศบาล บุคลากรสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แกน

นำครอบครัว ผู้ดูแล ตัวแทนครอบครัว ในประเด็นหน่วยงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากภาคีเครือข่ายภาคประชาชน (ร้อยละ 56.9) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 21.6)

3.2 ผลประเมินการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลประเมินการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมการที่ดี 2) การมีส่วนร่วม 3) กระบวนการ 4) นโยบายการจัดกิจกรรม โครงการ และนวัตกรรม และ 5) การดูแลสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลประเมินการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (n=51)

การใช้รูปแบบ	จำนวนผู้ประเมินจำแนกตามระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การเตรียมการที่ดี (Prepare)	0 (0)	0 (0)	15 (29.4)	19 (37.3)	17 (33.3)
2. การมีส่วนร่วม (Participation)	0 (0)	0 (0)	14 (27.4)	18 (35.3)	19 (37.3)
3. กระบวนการ (Process)	0 (0)	1 (2.0)	14 (27.4)	21 (41.2)	15 (29.4)
4. นโยบายการจัดกิจกรรม โครงการ และนวัตกรรม (Policy & Project)	0 (0)	0 (0)	16 (31.4)	16 (31.4)	19 (37.2)
5. การดูแลสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น (Patronage)	0 (0)	1 (2.0)	12 (23.5)	17 (33.3)	21 (41.2)

3.3 ผลประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อการจัดการรูปแบบการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

ในส่วนของผลประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อการจัดการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 9 ประเด็น และ ภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อการจัดการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (n=51)

การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ	จำนวนผู้ประเมินจำแนกตามระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. เนื้อหากลยุทธ์/มาตรการ มีความถูกต้อง มีความตรงเหมาะสม และ ชัดเจน	0 (0)	1 (2.0)	5 (9.8)	27 (52.9)	18 (35.3)
2. กลยุทธ์/มาตรการ สามารถใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	0 (0)	0 (0)	7 (13.7)	23 (45.1)	21 (41.2)
3. สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0 (0)	1 (2.0)	6 (11.7)	23 (45.1)	21 (41.2)
4. มีแนวทางการดำเนินงานเอื้อและสนับสนุนการแก้ปัญหาในพื้นที่	0 (0)	1 (2.0)	5 (9.8)	20 (39.2)	25 (49.0)

การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ	จำนวนผู้ประเมินจำแนกตามระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5. ภาควิชาช่วยในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนทางวิชาการในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม	0 (0)	1 (2.0)	6 (11.7)	20 (39.2)	24 (47.1)
6. การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานอย่างเหมาะสมเพียงพอ	0 (0)	2 (3.9)	5 (9.8)	23 (45.1)	21 (41.2)
7. การมีส่วนร่วมของท่าน ในการดำเนินงานตามกลยุทธ์/มาตรการนี้	0 (0)	1 (2.0)	5 (9.8)	20 (39.2)	25 (49.0)
8. กลยุทธ์/มาตรการนี้ สามารถแก้ปัญหาได้จริง	0 (0)	0 (0)	4 (7.9)	22 (43.1)	25 (49.0)
9. กลยุทธ์/มาตรการนี้ ภาควิชาช่วยในพื้นที่ได้รับประโยชน์	0 (0)	0 (0)	4 (7.9)	22 (43.1)	25 (49.0)
10. ความพึงพอใจในภาพรวม	0 (0)	0 (0)	3 (5.8)	24 (47.1)	24 (47.1)

3.4 ผลประเมินระดับผลกระทบ (Impact) ต่อการจัดการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 45 คน ได้รับการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบ (เดือนที่ 0) ครั้งที่ 2 หลังใช้รูปแบบ 6 เดือน และ ครั้งที่ 3 หลังใช้รูปแบบ 10 เดือน ผลการประเมินครั้งที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด และมาก (ตารางที่ 4) ผลการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับมาก และปานกลาง (ตารางที่ 5) ผลการประเมินครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และน้อย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (เดือนที่ 0)
(n=45)

ประเด็นการประเมิน	จำนวนผู้ได้รับการประเมินจำแนกตามระดับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สุขภาพช่องปากและฟัน	11 (24.4)	32 (71.2)	2 (4.4)	0 (0)	0 (0)
2. การคัดกรองสุขภาพทางตา	11 (24.4)	28 (62.2)	6 (13.4)	0 (0)	0 (0)
3. การทดสอบการรับรู้	11 (24.4)	27 (60.0)	7 (15.6)	0 (0)	0 (0)
4. การประเมินภาวะซึมเศร้า	0 (0)	10 (22.2)	34 (75.6)	1 (2.2)	0 (0)
5. ภาวะข้อเข่าเสื่อม	29 (64.5)	15 (33.3)	1 (2.2)	0 (0)	0 (0)
6. ภาวะเสี่ยงหกล้ม	40 (88.9)	5 (11.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
7. ปัญหาคลื่นไส้สภาวะ	24 (53.3)	21 (46.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
8. ภาวะทุพโภชนาการ	8 (17.8)	36 (80.0)	1 (2.2)	0 (0)	0 (0)
9. การนอนกรน	1 (2.2)	43 (95.6)	1 (2.2)	0 (0)	0 (0)
10. ความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด	16 (35.6)	28 (62.2)	1 (2.2)	0 (0)	0 (0)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว 6 เดือน (n=45)

ประเด็นการประเมิน	จำนวนผู้ได้รับการประเมินจำแนกตามระดับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สุขภาพช่องปากและฟัน	0 (0)	11 (24.4)	32 (71.2)	2 (4.4)	0 (0)
2. การคัดกรองสุขภาพทางตา	0 (0)	11 (24.4)	30 (66.7)	4 (8.9)	0 (0)
3. การทดสอบการรับรู้	0 (0)	11 (24.4)	28 (62.2)	6 (13.4)	0 (0)
4. การประเมินภาวะซึมเศร้า	0 (0)	0 (0)	12 (26.7)	33 (73.3)	0 (0)
5. ภาวะข้อเข่าเสื่อม	0 (0)	30 (66.7)	15 (33.3)	0 (0)	0 (0)
6. ภาวะเสี่ยงหกล้ม	0 (0)	38 (84.4)	7 (15.6)	0 (0)	0 (0)
7. ปัญหากลิ่นปัสสาวะ	0 (0)	23 (51.1)	21 (46.7)	1 (2.2)	0 (0)
8. ภาวะทุพโภชนาการ	0 (0)	10 (22.2)	34 (75.6)	1 (2.2)	0 (0)
9. การนอนกรน	0 (0)	2 (4.4)	42 (93.4)	1 (2.2)	0 (0)
10. ความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด	0 (0)	16 (35.6)	29 (64.4)	0 (0)	0 (0)

ตารางที่ 6 ผลการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว 10 เดือน (n=45)

ประเด็นการประเมิน	จำนวนผู้ได้รับการประเมินจำแนกตามระดับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สุขภาพช่องปากและฟัน	0 (0)	0 (0)	11 (24.4)	31 (68.9)	3 (6.7)
2. การคัดกรองสุขภาพทางตา	0 (0)	0 (0)	10 (22.2)	33 (73.4)	2 (4.4)
3. การทดสอบการรับรู้	0 (0)	0 (0)	11 (24.4)	29 (64.4)	5 (11.2)
4. การประเมินภาวะซึมเศร้า	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (37.8)	28 (62.2)
5. ภาวะข้อเข่าเสื่อม	0 (0)	1 (2.2)	28 (62.2)	15 (33.4)	1 (2.2)
6. ภาวะเสี่ยงหกล้ม	0 (0)	1 (2.2)	36 (80.0)	8 (17.8)	0 (0)
7. ปัญหากลิ่นปัสสาวะ	0 (0)	1 (2.2)	21 (46.7)	22 (48.9)	1 (2.2)
8. ภาวะทุพโภชนาการ	0 (0)	0 (0)	12 (26.7)	32 (71.1)	1 (2.2)
9. การนอนกรน	0 (0)	0 (0)	3 (6.7)	41 (91.1)	1 (2.2)
10. ความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด	0 (0)	1 (2.2)	13 (28.9)	31 (68.9)	0 (0)

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว 6 เดือน พบว่า ระดับปัญหาสุขภาพเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.88$, $p\text{-value}<0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว 10 เดือน พบว่า ระดับปัญหาสุขภาพเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=37.72$, $p\text{-value}<0.01$) ในทำนอง

เดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว 6 เดือน กับ 10 เดือน พบว่า ระดับปัญหาสุขภาพเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=40.00$, $p\text{-value}<0.01$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว 6 เดือน และ 10 เดือน ($n=45$)

ประเด็น	การประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	df	95%CI	t	p-value
สถานะปัญหาสุขภาพ	ก่อนใช้โปรแกรม	4.14	0.37	44	0.81–0.99	19.88	< 0.01
	หลังใช้โปรแกรม 6 เดือน	3.23	0.20				
	ก่อนใช้โปรแกรม	4.14	0.37	44	1.79–1.98	37.72	< 0.01
	หลังใช้โปรแกรม 10 เดือน	2.25	0.23				
	หลังใช้โปรแกรม 6 เดือน	3.23	0.20	44	0.93–1.03	40.00	< 0.01
	หลังใช้โปรแกรม 10 เดือน	2.25	0.23				

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ตำบลบางนายสี สรุปปัญหาเชิงโครงสร้างและทรัพยากรที่สำคัญ 7 ประการ ได้แก่ สัดส่วนผู้ดูแล (Care Giver: CG) ต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสม ความจำกัดด้านขีดความสามารถและภาวะหายากของ CG ปัญหาอุปสรรคทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก และการขาดความต่อเนื่องในการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ผลสรุปปัญหาจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁽²¹⁾ ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยสู่ครอบครัวเดี่ยวส่งผลให้ขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization⁽²⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าประเทศในกลุ่ม LMICs มักประสบปัญหาการขาดแคลนกำลังคนและระบบสนับสนุนที่เป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญในรูปแบบการบริหารเดิมที่เป็นแบบบนลงล่าง (Top-down) ซึ่งขาดการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ ส่งผลให้การแก้ปัญหาไม่ยั่งยืนและไม่ตอบโจทย์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนอย่างแท้จริง⁽²²⁻²⁴⁾

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว "WISDOM Model" เป็นการบูรณาการหลักการ 6 ด้าน (W-I-S-D-O-M) ซึ่งเน้นการบริหารจัดการกำลังคน การยกระดับทักษะ การใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการติดตามผลที่ยั่งยืน การเปลี่ยนผ่านจากระบบที่พึ่งพาตัวบุคคลไปสู่การใช้ระบบ (System) และพลังชุมชน (Collective Wisdom) ผ่าน 7 กิจกรรมหลัก อาทิ การสร้างโซ่ข้อกลางในครอบครัวและระบบรายงานดิจิทัล ถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่สอดคล้องกับแนวคิด "Aging in Place"^(4, 5, 25-28) ที่เน้นให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในถิ่นที่อยู่เดิมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งแนวทางนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Threapleton et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่า การจัดระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-

based care) ช่วยลดภาระของสถานพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ และยังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไทยที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ Long-Term Care (LTC) ให้มีความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่น⁽²⁶⁾ โดยใช้กลไกงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล (Local Health Fund) เป็นตัวขับเคลื่อน

ผลการประเมินรูปแบบ WISDOM Model ในพื้นที่จริงเป็นเวลา 10 เดือน พบว่าภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและการใช้ประโยชน์ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านการมีส่วนร่วมและการแก้ปัญหาได้จริงในพื้นที่ ที่สำคัญที่สุดคือผลกระทบ (Impact) ต่อสถานะปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 45 ราย ซึ่งมีคะแนน ADL และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยสถานะสุขภาพเปลี่ยนจากระดับ "มากที่สุด/มาก" ในระยะเริ่มต้น มาเป็นระดับ "ปานกลาง/น้อย" ในเดือนที่ 10 ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ⁽²⁹⁻³¹⁾ ที่พบว่าการประเมินและติดตามผลแบบต่อเนื่อง (Monitoring & Evaluation) ร่วมกับการเพิ่มทักษะผู้ดูแลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างชัดเจน ผลการวิจัยนี้จึงยืนยันว่า WISDOM Model เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะยาวและสามารถนำไปเป็นต้นแบบขยายผลสู่ระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) เชิงนโยบาย (Policy Recommendation): หน่วยงานส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล สามารถนำ WISDOM Model ไปบรรจุในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาเทคโนโลยีอัจฉริยะ (Smart Technology) และอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการดูแลแบบสงเคราะห์ไปสู่การสร้างระบบดูแลเชิงรุกที่ยั่งยืน

2) เชิงปฏิบัติ (Practical Recommendation): สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (รพ.สต.) สามารถนำแนวทางการสร้าง "แกนนำครอบครัว" (Domestic Participation) ไปใช้เป็นกลไกหลักในการดูแล โดยพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะเข้มข้น (Intensive Skill) ให้แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อลดภาระงานของ Caregiver หลัก และเพิ่มความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน

3) เชิงบริหารจัดการ (Administrative Recommendation): ควรขยายผลการใช้ "ระบบรายงานดิจิทัล" ในการติดตามประเมินผล ADL แบบ Real-time เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและเข้าแทรกแซง (Intervention) ได้อย่างทันท่วงที เมื่อพบสัญญาณการถดถอยของภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อยอด

1) การศึกษาเชิงประเมินความคุ้มค่า (Economic Evaluation): ควรมีการวิจัยต่อยอดเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าเชิงต้นทุน (Cost-Effectiveness Analysis) ของ WISDOM Model เทียบกับรูปแบบการดูแลแบบเดิม เพื่อพิสูจน์ให้เห็นถึงการลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในระยะยาวจากการลดอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Re-admission)

2) การพัฒนาและทดสอบนวัตกรรม (Innovation Development): ควรวิจัยและพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเดินหรืออุปกรณ์ฟื้นฟูราคาถูกประหยัด (Low-cost Assistive Devices) โดยใช้วัสดุในท้องถิ่นร่วมกับ

เทคโนโลยี IoT (Internet of Things) เพื่อยกระดับมิติ "Smart Technology" ในโมเดลให้มีความจำเพาะเจาะจงกับบริบทสังคมชนบทไทยมากขึ้น

3) การศึกษาเชิงเปรียบเทียบพหุบริบท (Comparative Study): คำนวณ WISDOM Model ไปทดลองใช้และประเมินผลในบริบทที่แตกต่าง เช่น สังคมเมือง (Urban Setting) หรือเขตอุตสาหกรรม เพื่อปรับปรุง (Fine-tune) กิจกรรมหลักให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับวิถีชีวิตที่แตกต่างกันของกลุ่มเป้าหมายในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2022: summary of results [Internet]. New York: United Nations Publication; 2022 [cited 2026 January 9]. 52 Pages. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
2. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2025 December 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. European Commission. European Commission Report on the Impact of Demographic Change [Internet]. 2020 [cited 2025 December 22]. Available from: https://commission.europa.eu/system/files/2020-6/demography_report_2020_n.pdf
4. สุขน ยัมรัตน์บวร. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการออกแบบอาคารพักอาศัยรวม: กรณีศึกษา Baron Residence ย่านบางกะปิ. Veridian E-Journal Silpakorn University 2558;8(3):1269–83.
5. Wu SC, Chuang KY. Aging in place: the direction of Taiwan long-term care policy in the 21st century. Taiwan J of Public Health 2001;20(3):192–201.
6. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือสนับสนุนระบบการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559 [สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2568]. 86 หน้า. แหล่งข้อมูล: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201572>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.
8. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2020.

9. Threapleton DE, Chung RY, Wong SY, Wong E, Chau P, Woo J, et al. Integrated care for older adults with frailty: a systematic review. *Health Syst Reform*. 2017;3(2):148–60. doi: 10.1093/intqhc/mzx041
10. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies. Brussels: European Social Observatory; 2018. doi:10.2767/84573
11. สุธิดา แจ้งประจักษ์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย: มุมมองด้านนโยบาย. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*. 2566;10(5):233–43.
12. กัลยา เกื้อกุล. รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2568;10(4):1–12.
13. Park YJ, Chun YL. Effects of community-based rehabilitation program on activities of daily living and cognition in elderly chronic stroke survivors. *J. Phys. Ther. Sci*. 2016;28:3264–6. doi:10.1589/jpts.28.3264
14. Liu L, Stroulia E, Nikolaidis I, Miguel-Cruz A, Rios Rincon A. Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: a systematic review. *Int J Med Inform*. 2016;91:44–59. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.04.007
15. Xin W, Xu D, Dou Z, Jacques A, Umbella J, Hill AM. Effectiveness of community-based rehabilitation (CBR) centres for improving physical fitness for community-dwelling older adults: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2022;12(10) : e062992. doi:10.1136/bmjopen-2022-062992
16. Somtua N, Nuntaboot K. Community-based rehabilitation for older adults post-stroke in Thailand: an ethnographic study. *Belitung Nurs J*. 2025;11(2) : 205– 14. doi: 10.33546/bnj.3690
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146
18. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
19. Crabtree, BF, & Miller, WF. A template approach to text analysis: developing and using codebooks. In: Crabtree BF, Miller WF, editors. *Doing qualitative research*. Newbury Park (CA): Sage; 1992. p.93–109.
20. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โกโกพริ้นท์ (ไทยแลนด์) จำกัด; 2567.

21. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์ปเปอร์เรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
22. ปรียวดี บุญไชโย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):831-8.
23. วราภรณ์ ศรีภูวณษ์, ชาญุทธ ศรีภูวณษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13-28.
24. รัชพล สัมฤทธิ์. การพัฒนาการดำเนินงานเตรียมรองรับสังคมสูงวัยด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2568;18(1):1-17.
25. Knickman JR, Snell EK. The 2030 problem: caring for aging baby boomers. Health Serv Res. 2002;37(4):849-84. doi:10.1034/j.1600-0560.2002.56.x
26. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. สังคมสูงอายุ และสังคมอายุยืน : แนวทางการพัฒนาบริการเพื่ออนาคต. วารสารสาขาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. 2568;1(2):71-81.
27. Kim I, An H, Yun S, Park HY. Effectiveness of community-based interventions for older adults living alone: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Health. 2024;46:e2024013. doi:10.4178/epih.e2024013
28. Age Platform Europe. ICT for ageing well: listen to what older people think! [Internet]. 2014; [cited 2026 March 1]. Available from: <https://www.age-platform.eu/ict-for-ageing-well-listen-to-what-older-persons-think/>
29. Tsutsui T. Implementation process and challenges for the community-based Integrated care system in Japan. Int J Integr Care. 2014;14:1-9. doi:10.5334/IJIC.988
30. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodriguez J, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. Lancet. 2012;380(9836):50-8. doi:10.1016/s0140-6736(12)60399-7
31. Balqis-Ali NZ, Jawahir S, Chan YM, Lim AW, Azlan UW, Shaffie SSM, et al. The impact of long-term care interventions on healthcare utilisation among older persons: a scoping review of reviews. BMC Geriatr. 2024;24(1):484. doi:10.1186/s12877-024-05097-9