

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

สุวิมล คำวงษา<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Multi collaboration action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม และ 2) ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน 2566 ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบ 30 คน 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย 250 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 125 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 125 คน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะและแบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test (paired samples) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังการพัฒนาระบบเทียบกับเกณฑ์ 4.0 คะแนน (ร้อยละ 80) โดยใช้สถิติ t-test (one samples) ผลการวิจัยมีดังนี้ 1) ด้านผลเชิงกระบวนการ พบว่าเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน (CPG) มีการเชื่อมต่อข้อมูล มีเครือข่ายกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี Care giver มีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ให้ผู้ช่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และมีการระดมทุน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) ด้านผลลัพธ์ พบว่า ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น หลังพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าเกณฑ์ 4.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบการดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วันที่รับบทความ

4 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

25 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ

29 ธันวาคม 2566

<sup>1</sup>โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม, <sup>1</sup>ผู้ประสานงานส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์:

suwimolsrisongkram4@gmail.com, โทร. 065-9329614

## The Development of Dependent Elderly Care Systems for in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

Suwimol Khamwongsa<sup>1</sup>

### Abstract

This action research (mutual collaboration action research) aimed to 1) develop a care system, and 2) evaluate the development of the care system for dependent elderly in Si Songkhram district, Nakhon Phanom province. The period was from January – September 2023. Research participants include 1) a group of 30 system developers 2) a group of 250 research participants consisting of 125 elderly caregivers and 125 dependent elderly. Select participants, using purposive sampling. The tools used in the research include: Assessment of the daily activities of elderly, knowledge test, skill assessment form and satisfaction assessment form for elderly caregivers. Data were analyzed by finding frequencies, percentages, means, and standard deviations, comparative analysis of knowledge average scores and skills average scores in caring for dependent elderly, before and after developing the system, using t-test (paired samples), comparative analysis of satisfaction average score of caregivers compared to the criterion of 4.0 points (80 percent), after system development using t-test (one samples). The research results found that process results, a system for caring for dependent elderly had been born. There were guidelines for caring for dependent elderly together (CPG). There was data connectivity, a network of care groups for elderly dependent, care givers, and equipment borrowing systems, medical equipment for patients to take home and use. A multidisciplinary team worked together to advance care plan, to take care of patients from the beginning of their treatment until the end of their lives. and fundraising to help dependent elderly. Results, dependent elderly were received continuous care according to developed indicators. After system development, caregivers had an average score of knowledge and skills in caring for dependent elderly, higher than before system development, statistically significant, ( $p < 0.05$ ). After system development, caregivers had an average satisfaction score in caring for dependent elderly, higher than the threshold of 4.00 points (80.00 percent), with statistical significance, ( $p < 0.05$ ).

**Keyword:** Development of the system, caring for the elderly, dependency elderly

Received  
4 December 2023

Revised  
25 December 2023

Accepted  
29 December 2023

---

<sup>1</sup>Srisongkram Hospital, Nakhon Phanom Province, <sup>1</sup>Corresponding author, email: suwimolsrisongkram4@gmail.com,  
โทร.065-9329614

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และบริการสาธารณสุข มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน กลายเป็นประเด็นสำคัญที่นักประชากรศาสตร์ ผู้บริหารนโยบาย ผู้นำระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ รวมถึงนักการตลาดทั่วโลกต้องจับตามอง เนื่องจากภาวะผู้สูงอายุนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบแค่ตัวบุคคลหรือภายในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ<sup>1</sup> ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น “สังคมสูงอายุ” (Ageing society) ซึ่งในปี 2561 ประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน (ร้อยละ 13.00) ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ โลกจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2587 เท่ากับว่า โลกจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society)<sup>2</sup> ส่วนประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2562 ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ

หรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 จากการสำรวจโดยกรมอนามัยในปีงบประมาณ 2563 ที่ได้มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ด้าน ร้อยละ 37.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะ ทั้งในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคม ให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 95.0 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.0) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.0) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9.0) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6.0) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1.0) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1.0) ขณะที่เพียงร้อยละ 5.0 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ<sup>3</sup> กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า ร้อยละ 79.0 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และอีกร้อยละ 21.0 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือเรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม<sup>4</sup> จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง และขนาดครัวเรือนเล็กลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด เหลือประชากรวัยทำงานเพียง 2.5 คนที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน<sup>5</sup> ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคม

ยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุอนตติเตียงหรือติดบ้าน และขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือทำได้จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียว เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้จากไปแล้ว อาจส่งผลต่อการเสียโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคมของผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และอยู่ในรูปการสงเคราะห์ชั่วคราวคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) ขึ้นมารองรับในสังคมไทย พบว่าครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแล โดยผู้ดูแลร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ<sup>6</sup> แต่เมื่อโครงสร้างเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง<sup>7</sup> อำเภอสว่างนคร มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 347 คน และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 405 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 752 คน มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 250 คน และมีผลงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 82 ได้คะแนนระดับ 2 จากน้ำหนักคะแนน 5 คะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 95)<sup>8</sup> แม้จะมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบว่า ยังขาดมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ได้แก่ ลูก หลาน ญาติ พี่น้อง ที่อาศัยอยู่ใน

บ้านเดียวกัน ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้านการดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่ติดเตียง จะต้องมีการพลิกตะแคง การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง และการเย็บม่าน/ ติดตามประเมินผลในโครงการ Long Term Care: LTC ในชุมชน ยังคงมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ อีกทั้งทักษะและความรู้ของอาสาสมัครในชุมชน ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลที่ซับซ้อนเฉพาะรายโรค การบริการของพยาบาลในชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอำเภอสว่างนคร เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่พบ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Multi collaboration action research) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 – กันยายน 2566

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงรูปแบบเดิม รวบรวมปัญหา/ ความต้องการ และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ประกอบด้วย 1) จัดตั้งศูนย์ LTC / แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง 2) การพัฒนาความพร้อมของผู้ดูแล 3) การกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง 4) การเยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และญาติ 5) จัดตั้งกลุ่มไลน์ CM, CG และผู้ดูแล ในการประสานส่งต่อ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยประเมินผลเชิงกระบวนการ ประเมินผลเชิงผลลัพธ์

**ผู้เข้าร่วมการวิจัย** คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยมีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาระบบ ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นพยาบาลวิชาชีพ อำเภอศรีสงคราม จำนวน 15 คน และ CG ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วย (72ชม.) จำนวน 15 คน
2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง แบ่งเป็นผู้ดูแล จำนวน 125 คน และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 125 คน รวม จำนวน 250 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือญาติ หรือผู้ดูแลในครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบทั้งค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ 0.76 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.83

### การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผลเชิงกระบวนการ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ส่วน ผลเชิงผลลัพธ์ โดยใช้สถิติ t – test (paired samples) และ t– test (one samples)

### การพิทักษ์สิทธิ และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการศึกษาริวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 007/66 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2566 เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ผลเชิงกระบวนการ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง) เพื่อจัดประเภทและโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลข้อมูล

1.1.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงเพศหญิง ร้อยละ 63.20 เพศชาย ร้อยละ 36.80 อายุ 70–74 ปี ร้อยละ 35.20 อายุ 65–69 ปี ร้อยละ 32.80 และ อายุ 75 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.80 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 64.80 หม้าย ร้อยละ 30.40 มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.80 ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 41.60 มีรายได้ต่อเดือน ที่ 1,000–4,999 บาท ร้อยละ 68.00 น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 27.20 ความเพียงพอของรายได้ ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 50.40 พอใช้จ่าย ร้อยละ 30.40 และไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 16.00 ลักษณะของครอบครัวที่อาศัยอยู่ เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.00 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 32.00 และการมีผู้ดูแลพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงทั้งหมดมีผู้ดูแล ร้อยละ 100

1.1.2 จัดประเภทและโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 64.00 ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 36.00 มีโรคประจำตัวคือ ผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.80

โรคหลอดเลือดสมองร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.60 โรคไตเรื้อรัง (ระยะ 4, 5) ร้อยละ 11.20 ผู้สูงอายุ > 85 ปี มีปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 7.20 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 6.40 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 5.60 ผู้สูงอายุติดเตียงและมีโรคร่วม (DM, HT, CKD) ร้อยละ 5.60 ผู้สูงอายุติดเตียง (มะเร็ง) ร้อยละ 4.80 และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.00 และผู้สูงอายุผอม มีปัญหาโภชนาการ ร้อยละ 4.00

1.2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแล และการส่งต่อผู้มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1.2.1 เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ (CPG) การดูแลร่วมกัน มีการเชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อและการรับกลับของโรงพยาบาลและ รพสต. เครือข่าย มีกลุ่มดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว ก็จะส่งภาพเข้ากลุ่ม Line และมี Care giver อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ร่วมเยี่ยมผู้ป่วย และเสริมพลังญาติร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง

1.2.2 มีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และวัสดุต่างๆ ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น ถังและหัวออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน ไชริงค์ไทรเวอร์ รถเข็นนั่ง อุปกรณ์เหล่านี้ได้จากงบค่าเสื่อม งบกองทุน LTC ของ อบต. และการบริจาคจากพระและญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว มีการหมุนเวียนใช้และเพียงพอสำหรับผู้ป่วย

1.2.3 ทีมสหวิชาชีพร่วมกันทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีการทำ Family meeting ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.2.4 มีการจัดการระดมทุน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีงบประมาณช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการบริหารจัดการงบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รายละ 6,000 บาท จาก อบต. โครงการผ้าอ้อมและอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ และการรับบริจาค อุปกรณ์ต่างๆจากผู้มีจิตกุศล และจาก ปตท. ศรีสงคราม ในโครงการ “แยก แลก ยิ้ม” ให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ” ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสงครามผู้ดูแลระบบจำนวน 5 คน

## 2. ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น ดังนี้

2.1.1 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ภายใน 1-2 สัปดาห์ 45 ราย ร้อยละ 100

2.1.2 ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการจัดการอาการรบกวน (ปวด หายใจ หอบเหนื่อย ท้องผูก) 45 ราย ร้อยละ 100

2.1.3 ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีอุปกรณ์ช่วยเหลือตามความต้องการ อย่างต่อเนื่องภายใน 6 เดือน จำนวน 20 ราย ร้อยละ 100

2.1.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านได้รับการอบรมความรู้ และทักษะการดูแลร้อยละ 97.50 และผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการอบรมความรู้และทักษะการดูแล ร้อยละ 100

2.1.5 ผู้สูงอายุที่พิการทางกาย/จิต ได้รับการดูแลและช่วยเหลือ ร้อยละ 100

2.1.6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง)

2.2 ความรู้ทักษะและความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

2.2.1.1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 125)

| ความรู้                                                  | ก่อนพัฒนาระบบ   |          | หลังพัฒนาระบบ    |           |
|----------------------------------------------------------|-----------------|----------|------------------|-----------|
|                                                          | จำนวน           | ร้อยละ   | จำนวน            | ร้อยละ    |
| 1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 16.0 คะแนนขึ้นไป)               | 0               | 0.00     | 100              | 80.00     |
| 2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.0 – 15.9 คะแนน)          | 70              | 56.00    | 25               | 20.00     |
| 3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 12.0 คะแนน)             | 55              | 44.00    | 0                | 0.00      |
| รวม                                                      | 125             | 100      | 125              | 100       |
| คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) | $\bar{X}$ =11.4 | S.D.=1.5 | $\bar{X}$ = 17.2 | S.D.= 1.6 |

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 56.00 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}$  = 11.41, S.D. = 1.55) หลังพัฒนาระบบมีความรู้

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 17.27, S.D.= 1.64)

2.2.1.2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 125)

| ความรู้                                                  | ก่อนพัฒนาระบบ   |          | หลังพัฒนาระบบ    |           |
|----------------------------------------------------------|-----------------|----------|------------------|-----------|
|                                                          | จำนวน           | ร้อยละ   | จำนวน            | ร้อยละ    |
| 1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 56.0 คะแนนขึ้นไป)               | 0               | 0.00     | 54               | 43.20     |
| 2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 42.0 – 55.9 คะแนน)          | 50              | 40.00    | 71               | 56.80     |
| 3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 42.0 คะแนน)             | 75              | 60.00    | 0                | 0.00      |
| รวม                                                      | 125             | 100      | 125              | 100       |
| คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) | $\bar{X}$ =40.9 | S.D.=4.4 | $\bar{X}$ = 56.8 | S.D.= 3.9 |

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง อยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 40.95$ , S.D.= 4.40) หลังพัฒนาระบบมีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 56.80

รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.20 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 56.82$ , S.D.= 3.97)

2.3 ความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง/ ญาติ

ตารางที่ 3 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลังการพัฒนาระบบ (n = 125)

| ความพึงพอใจ                                              | จำนวน            | ร้อยละ     |
|----------------------------------------------------------|------------------|------------|
| 1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนนขึ้นไป)                | 108              | 86.40      |
| 2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.0 – 3.9 คะแนน)            | 17               | 13.60      |
| 3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 3.0 คะแนน)              | 0                | 0.00       |
| รวม                                                      | 125              | 100        |
| คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) | $\bar{X} = 4.22$ | S.D.= 0.25 |

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการพัฒนาระบบมีระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 86.40 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.60 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.22$ , S.D.= 0.25)

2.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

2.2.2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะ ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test

| ตัวแปร              | ก่อนพัฒนาระบบ |      | หลังพัฒนาระบบ |      | t     | p-value |
|---------------------|---------------|------|---------------|------|-------|---------|
|                     | $\bar{X}$     | S.D. | $\bar{X}$     | S.D. |       |         |
| 1. ความรู้ในการดูแล | 11.41         | 1.55 | 17.27         | 1.64 | 41.96 | .000*   |
| 2. ทักษะในการดูแล   | 40.95         | 4.40 | 56.82         | 3.97 | 30.32 | .000*   |

\* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง พบว่า หลังพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

2.2.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลังการพัฒนาระบบเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือร้อยละ 80.00)

**ตารางที่ 5** ความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลังการพัฒนาระบบ เทียบกับ เกณฑ์ (4.00 คะแนน) โดยใช้สถิติประมาณค่าเฉลี่ยแบบจุด

| ตัวแปร               | ค่าเกณฑ์ (80 %) | ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) | S.D. | 95%CI     | p-value |
|----------------------|-----------------|-------------------------|------|-----------|---------|
| ความพึงพอใจในการดูแล | 4.00            | 4.22                    | 0.25 | 3.86–4.32 | .000*   |

\* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เทียบกับเกณฑ์ 4.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00) พบว่าหลังการพัฒนาระบบผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ร่วมกัน จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ดูแลในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้านสอนและฝึกทักษะการดูแล ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (72 ชม.) เป็นพี่เลี้ยงช่วยดูแลร่วมกันในชุมชน มีการจัดทำ CPG การดูแลร่วมกัน มีการเชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อและการรับกลับของโรงพยาบาล และ รพสต.เครือข่าย ทางกลุ่ม Line การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การมีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และวัสดุต่างๆ ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น ถังและหัวออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน ไชริงค์ไทรเวอร์ รถเข็นนั่ง ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้ได้จากงบค่าเสื่อม งบกองทุน LTC และการบริจาคจากพระและญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว มีการหมุนเวียนใช้ และเพียงพอสำหรับผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน และการกำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกันทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบท

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ผลเชิงกระบวนการ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง (ระยะ 4, 5) ผู้สูงอายุ > 85 ปี มีปัญหาการเคลื่อนไหว โรคข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาการได้ยิน ส่วนผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม (DM, HT, CKD) ผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้สูงอายุผอม มีปัญหาโภชนาการ ปัญหาในด้านสุขภาพร่างกายส่วนใหญ่เป็นด้านการเคลื่อนไหว และด้านจิตใจ บางรายวิตกกังวล จากการศึกษาสภาพการณ์ คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้มีการทบทวนบทบาทการดูแล มีการประชุม

ของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรานิษฐ์ ก่อนคำ<sup>9</sup> ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนได้มีการ ตั้งทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชน มีการ พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบใหม่ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ปัญหา ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับ การศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์<sup>10</sup> ที่ศึกษารูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลตนเอง ช่วยเหลือและให้กำลังใจ มีภาคีเครือข่ายสนับสนุนและ ประสานงานในการดำเนินกิจกรรม องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ ซึ่งสามารถ นำรูปแบบไปปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) ทีมสหวิชาชีพพร่วมกัน ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ รักษาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีการทำ Family meeting ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติมีความมั่นใจใน การดูแลผู้ป่วยหลังหน่วยจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ มีการจัดการระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง เพื่อให้มีงบประมาณช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยการบริหารจัดการงบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว รายละ 6,000 บาท จาก อปท. โครงการผ้าอ้อม และอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ และการรับบริจาค อุปกรณ์ต่างๆ จากผู้มีจิตกุศล และจาก ปตท. ศรีสงคราม ในโครงการ “แยก แลก ยิ้ม” ให้การ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นระบบการดูแลที่ พัฒนาขึ้นจึงเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วน ร่วมในการดำเนินการและสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สำหรับการดูแลที่เพียงพอและมีความสม่เสมอมากขึ้น และสร้างการมีส่วนร่วมมากขึ้น

## 2. ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล ต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่า การเยี่ยม บ้านผู้สูงอายุติดเตียง ( ADL 0-4 คะแนน) ภายใน 1-2 สัปดาห์ จำนวน 45 ราย ได้รับการเยี่ยมและมีผู้ดูแลใน ครอบครัวทุกราย ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย Palliative Care จำนวน 45 ราย ได้รับการจัดการอาการ รบกวน (ปวด หายใจหอบเหนื่อย ท้องผูก) ทุกราย มีการเยี่ยม ให้การดูแลประคับประคอง มีญาติและคน ในชุมชนช่วยดูแล ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย Stroke จำนวน 20 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือตามความต้องการ อย่างต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน ผู้สูงอายุติดบ้านมีผู้ดูแลในครอบครัว มีความรู้ และทักษะการดูแลร้อยละ 97.50 และ ผู้สูงอายุติดเตียงมีผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้และ ทักษะการดูแล ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุที่พิการทางกาย/ จิต จำนวน 7 ราย ได้รับการดูแลและที่ช่วยเหลือ ทุกราย และมีระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง) ในภาพ อำเภอสว่างนคราม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จะได้รับ งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. รายละ 6,000 บาท จากการสำรวจและรายงานเข้าสู่ระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ นพณ พิชญ์ ศรีรัตนประชากุล<sup>11</sup> ที่ศึกษาการพัฒนา กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วน ตำบล มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการ ดูแลรายบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว<sup>12</sup> ที่ศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือ ทำให้ผู้

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น จึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระดับเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครอบครัว พบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.00 แต่หลังพัฒนาระบบผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.00 ส่วนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลประจำครอบครัว พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 หลังพัฒนาระบบ มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.80 และมีทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.20 เนื่องจากว่า ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลประจำครอบครัวได้มีการอบรมความรู้ให้กับผู้ดูแล และฝึกทักษะผู้ดูแลในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและให้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็น Care giver ที่ผ่านการดูแลผู้สูงอายุ (72ชม.) ค่อยเป็นพี่เลี้ยงในการช่วยดูแล พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยติดเตียง และเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านทุก 1 เดือนจากที่สหวิชาชีพ พร้อมผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุข. สอดคล้องกับการศึกษาของนพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล<sup>11</sup> ที่ได้มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และมีการติดตามเยี่ยมตามแผนร่วมกับ Care giver และเครือข่าย จะเห็นว่า ความรู้และทักษะผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากการพัฒนานี้เป็นปัจจัยสนับสนุน

ความสำเร็จของระบบการดูแลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.3 ผลความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ญาติ หลังการพัฒนาระบบ พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.40 จากการดำเนินงานที่เป็นระบบมีอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยในการดูแลอย่างเพียงพอ มีระบบสนับสนุนการดูแล มีการประเมินผลและติดตามการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทุกรายได้รับการวางแผนดูแลรายบุคคล มีเงินสนับสนุนการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว/ญาติพึงพอใจในระบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล<sup>11</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุน ญาติ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ พร้อมทั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพันธ์ สายแวว<sup>12</sup> ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน<sup>13</sup> ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.22$ ;  $p\text{-value} < .001$ ) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด กล่าวโดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัคร

สาธารณสุข (Care giver ที่ผ่านการอบรม 72 ชม. ในการดูแลผู้สูงอายุ) ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็น บุตร/ หลาน ญาติพี่น้อง ช่วยกันดูแลอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความต่อเนื่อง ควรมีการทบทวนระบบและปรับปรุงตามสภาพปัญหาและบริบทอย่างสม่ำเสมอ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาวะทางกาย จิตที่ดี เกิดความยั่งยืนสืบไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรขยายระบบให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอศรีสงคราม โดยใช้ระบบที่ได้จาก

การวิจัยนี้เป็นต้นแบบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายควรนำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปเป็นนโยบายผลักดันระดับต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สูงขึ้นเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง

3. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการจัดการบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

3. ควรศึกษาต้นทุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีสภาพปัญหาด้านต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนงานและจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมในอนาคต

#### เอกสารอ้างอิง

1. รติมา คชนันท์. สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2561.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561.
3. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และปภาวี ไชยรักษ์. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ระยะครึ่งแผน). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.; 2563.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2560.
6. ชาย โพธิ์สิตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์, (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2552 : ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เด็อนตุลา; 2552.
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีเอ็มเบอรี่ จำกัด; 2561.

8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม. สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2566. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม (เอกสารอัดสำเนา); 2566.
9. ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
10. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
11. นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
12. ศศิณันท์ สายแวว. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
13. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2560;9(3):57-69.