

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย

Long-Term Care Model for Dependent Elderly with Community Participation in a
Subdistrict Health Promoting Hospital in Southern Thailand.

(Received: July 10,2025 ; Revised: July 18,2025 ; Accepted: July 21,2025)

กัลยา เกื้อกุล¹
Kanlaya Kueakun¹

บทคัดย่อ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 34 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล 32 คน และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Pair sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง เป็นทรัพยากรและระบบที่จำเป็นต่อการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพ มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ บุคลากรผู้ดูแล การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีญาติที่ใกล้ชิด และการมีข้อมูลสารสนเทศ 2) องค์ประกอบในการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลไกการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่องระยะยาว มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล และการดูแลเฉพาะด้าน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาว เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจและสังคม ด้านการลดภาระของญาติ และด้านความพึงพอใจ โดยผลประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการปฏิบัติ 0.79 (95% CI: 0.30- 1.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The development of long-term care models for dependent elderly necessitates a participatory design to align with the changing demographics of an aging society. This action research study aimed to develop a participatory long-term care model for dependent elderly in a sub-district health promotion hospital in Southern Thailand. Key informants included 1) 34 dependent elderly, 2) 32 nursing personnel, and 3) 8 caregivers of the dependent elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics (Paired-samples t-test), and content analysis.

The research findings revealed that the participatory long-term care model for dependent elderly consists of three main components: 1) structural component, which are resources and systems necessary for efficient service provision, with 4 sub-components: caregiver personnels, agencies support, close relatives available, and information communicate; 2) component for providing home healthcare and rehabilitation services, which are mechanisms for participatory and continuous long-term care for the dependent elderly, with 3 sub-components: access and continuity of care, relatives and caregivers participation, and specialized care; and 3) component of long-term care outcomes, which are health outcomes, mental and social outcomes, burden reduction of relatives, and satisfaction. Assessing the Activities of Daily Living (ADL), the average score

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาง จังหวัดกระบี่

after implementing the care model increased by 0.79 compared to before its implementation (95% CI: 0.30-1.27), indicating statistical significance.

Keywords: Long-Term Care, Dependent Elderly, Elderly, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีประชากร 66.3 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งหมด¹ ซึ่งแนวโน้มนี้สอดคล้องกับการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ที่ระบุว่าประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน และก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเร็วกว่าประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคถึง 20 ปี โดยคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 4 ต่อปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 6 ต่อปี²

ทั้งนี้ การเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากความชรา เป็นกระบวนการทางชีวภาพที่ซับซ้อน มีลักษณะการทำงานทางสรีรวิทยาลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลกระทบต่อการอยู่รอดและการสืบพันธุ์ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความไวต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ³ และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงหรือภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น การได้รับการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางการเงิน การได้รับโอกาสทางการศึกษา การได้รับความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา การมีเพื่อนคอยให้กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปประเมินด้วยกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL) เพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน การใช้ห้อง

สุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น⁴ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นดูแล เช่น ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลช่วยเหลือที่หลากหลาย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน การดูแลแผลกดทับ ด้านบริการด้านสังคม การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรม การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องใช้เวลารักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง และมักมีโรคแทรกซ้อนหลายโรคพร้อมกัน ความซับซ้อนของโรคในผู้สูงอายุส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความหลากหลายมากขึ้น และเป็นรูปแบบการเจ็บป่วยและความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21⁵

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ซึ่งดำเนินการ ระหว่างการบริการสาธารณสุขและ บริการทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน⁶ ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านหรือติดเตียงเหล่านี้ เป็นผู้ที่มีภาวะเสื่อมถอยทางการทำงาน ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำแต่งตัว และการกิน ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต⁷ โดยบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบนี้ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager -CM) ซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver - CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan: CP) โดยหน่วยบริการสาธารณสุข

สนับสนุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁶

อย่างไรก็ดี การจัดระบบการดูแลระยะยาว
ในปัจจุบันเผชิญกับจุดอ่อนและข้อจำกัดหลาย
ประการ ได้แก่ แนวคิดการดูแลที่เน้นการรักษา
ชีวิตมากกว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การขาด
การบูรณาการบริการระหว่างสุขภาพและสังคม
การขาดมาตรฐานในการให้บริการ และการขาด
การควบคุมคุณภาพบริการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้
รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพ⁵ ดังนั้น
รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยมี
เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่าง
เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่ใน
ชุมชนได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสามารถตอบสนอง
ต่อความต้องการของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ใน
สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ใกล้ชิดกับครอบครัว และ
ชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในชุมชน
โดยไม่ต้องย้ายไปอยู่ในสถานพยาบาล ส่งผลดีต่อ
สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ที่ดีของ
ผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว
และชุมชน การดูแลในรูปแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้
ครอบครัวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้สูงอายุ ช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์
และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการดูแลใน
ชุมชน ตลอดจนสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
ที่กำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และ
ทรัพยากร ในการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลนี้
จะช่วยลดการพึ่งพาสถานพยาบาล และกระจาย
ภาระการดูแลไปสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการใช้
ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁸

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะ
ยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงจำเป็นต้องมีการ
ออกแบบอย่างมีส่วนร่วม ให้สอดคล้องกับการ
เปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มจำนวน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และ
ภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากและผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่ง
ต้องการการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การ
ดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการ
ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การศึกษานี้ได้
ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่
มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นจุดเชื่อมโยงและ
ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนกับระบบ
บริการสุขภาพ มีความใกล้ชิดกับชุมชน และ
สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ง่าย มีบุคลากร และ
ทรัพยากรอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อ
ตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของ
ผู้สูงอายุ อีกทั้งช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการ และ
ปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล รวมถึง
ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น ปัจจัย
ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของ
ภาคใต้ ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis &
McTaggart⁹ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือก
แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนิน
การศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่ง
หนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของ
ภาคใต้ ประเทศไทย ดำเนินการศึกษิตตามแนวคิด
ของ Kemmis & McTaggart ใน 4 ขั้นตอน

ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ 3) ขั้นตอนการสังเกต และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน เป็นการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านมาในหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้าน/ชุมชนในพื้นที่ศึกษา และแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ของประเสริฐ อัสสันตชัย และคณะ¹¹ มายกร่างประเด็นเนื้อหา รูปแบบระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถูกเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หรือการดูแลในชุมชน และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 2) มีความสนใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา

พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

2. โปรแกรมบันทึกการดูแลตามระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ออนไลน์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; (<https://ltcnew.nhso.go.th/>)

3. โปรแกรม Long Term Care 3C ของกรมอนามัย; <https://ltc.anamai.moph.go.th/>

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมระดมความคิด (Brainstorming) ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากอุบัติการณ์ และข้อจำกัดของการจัดบริการภายในหน่วยบริการ ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 16 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานบริการ 2 คน และตัวแทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 7 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้รับผิดชอบ และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบและดูแลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เกสซกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย โภชนากร ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2. การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อนำเสนออุบัติการณ์ และร่วมวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ที่ผ่านมา และพัฒนาการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นการดำเนินการตามแนวทางร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และชุมชน ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งระยะก่อน ระยะเข้าสู่การเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2568 และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล มีความสามารถในการสื่อสารและได้ตอบได้ จำนวน 34 คน 2) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง จำนวน 32 คน และ 3) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 8 คน สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติการในพื้นที่ดำเนินการ

2. แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research &

Evaluation II (AGREE II)) ของวิไลวรรณ มากมี¹⁰ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินแนวปฏิบัติรายหมวด จำนวน 6 หมวด 23 ข้อ และ 2) การประเมินแนวปฏิบัติในภาพรวม จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องร่วมดำเนินการกับผู้วิจัยในการประเมิน และเป็นบรรณาธิการ หรือผู้พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมซึ่งไม่มีอคติจากผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล เพื่อพิจารณา และดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 32 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 2 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง) และสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน 27 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานบริการ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน โภชนากร 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8 คน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2. การดำเนินการตามแนวทางการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าร่วมในขั้นตอนนี้ จำนวน 34 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกต เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกต นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2568 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568) และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล มีความสามารถในการสื่อสารและได้ตอบได้ จำนวน 34 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ได้รับการดูแลจากขั้นตอน 2 การปฏิบัติ 2) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง จำนวน 32 คน และ 3) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 8 คน สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์กระทรวงสาธารณสุข¹¹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 นาทีต่อคน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยส่วนที่ดำเนินการได้ดีนำไปขยายผล และปรับรูปแบบและปฏิบัติซ้ำในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการดูแลในชุมชน และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 2) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พร้อมรับฟัง

ข้อคิดเห็นถึงรูปแบบทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญห และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 32 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 5 คน (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 2 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง) และสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชน 27 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานบริการ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน โภชนากร 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ชุด คือ 1) แนวคำถามการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม 2) แนวคำถามรูปแบบในการปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)) ของวิลัยวรรณ มากมี¹⁰ และ 4) แบบประเมินกิจกรรมประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ โดยเครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้รับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ จะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดและการกระจายของข้อมูล และสถิติเชิงอนุมานด้วย paired sample t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และการบันทึกมาทบทวน ตามความสอดคล้องของข้อมูล และประเด็นที่สำคัญ
2. นำข้อมูลมาทบทวนอีกครั้งโดยละเอียด และตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญ
3. นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความ แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล โดยดำเนินการจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ จากการอ่านทบทวนข้อมูลปฐมภูมิที่อยู่ในรูปข้อความทางภาษา ซึ่งเก็บรวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ศึกษา เสร็จแล้วจึงแบ่งแยกข้อมูลดังกล่าว ออกเป็นส่วนย่อย (Breaking Down) ตาม หน่วย ความหมาย (Meaning Unit) หรือหน่วยวิเคราะห์ (Analysis Unit) ในระดับเบื้องต้น จากนั้นดำเนินการกำหนด

ข้อความสั้น ๆ เพื่อใช้เป็นหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วจึงนำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึง หรือแตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิด (Conceptual Categories) ต่าง ๆ

4. ดำเนินการเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของรูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ ประเทศไทย สามารถอธิบายผลการศึกษได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม และ 3) ผลการประเมินกิจกรรมประจำวัน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.52 เป็นผู้สูงอายุตอนปลายที่อยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.62 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์ จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 41.17 และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จำนวน 8 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 62.5

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ ประเทศไทย สามารถอธิบายผลการศึกษได้ ดังนี้

รูปแบบการดูแลระยะยาวอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ความเข้าใจ ความใกล้ชิด และการมีส่วนร่วม เสมือนญาติพี่น้อง และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด หรืออยู่ร่วมกับลูกหลานได้อย่างมีความสุขและได้รับการเอาใจใส่

ทั้งนี้สามารถอธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลระยะยาว ได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ภาพประกอบ 1)

1. องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นทรัพยากรและระบบที่จำเป็นต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 บุคลากรผู้ดูแล คือ การมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ Care Giver (CG) ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นการจัดหาทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ.

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การสนับสนุนจากหน่วยงาน คือ การได้รับการสนับสนุนจาก อบต. และมีเงินทุนที่เพียงพอ เป็นการจัดหาทรัพยากรทางการเงินและนโยบายที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการดูแล.

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การมีญาติที่ใกล้ชิด ซึ่งแม้จะเป็นเรื่องของทัศนคติและการปฏิบัติ แต่

การที่ญาติให้ความร่วมมือก็เป็นโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญในการดำเนินงานดูแลที่บ้านได้อย่างราบรื่น

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ ที่จะสร้างความเข้าใจและนำไปสู่การมีส่วนร่วม

2. องค์ประกอบการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลไกในการดูแลที่ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยได้รับเพื่อให้การดูแลเกิดการมีส่วนร่วม และได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อยคือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในการลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย และดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะ ซึ่งบุคลากร รพ.สต. ควรให้ความรู้และแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การเตรียมอาหาร การทำกายภาพบำบัด และการดูแลสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี และการสร้างความร่วมมือที่ต้องส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และทำความเข้าใจหากบางครั้งญาติไม่ให้ความร่วมมือ หรือผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ควรเน้นย้ำว่าการดูแลนี้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่การผลักภาระให้เจ้าหน้าที่ทั้งหมด

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การดูแลเฉพาะด้านประกอบด้วย การทบทวนเรื่องการกินอาหาร การแนะนำอาหารเสริม เช่น นม และอาหารที่มีประโยชน์ การทำกายภาพบำบัด และการดูแลทั่วไปเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น และการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แพนเพิส นม หรือการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือ/ศูนย์เยี่ยมผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น เติ่งในชุมชน เพื่อให้เข้าถึงได้ทั่วถึง

3. องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายได้ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ด้านจิตใจและสังคม คือ ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่ดีขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ด้านการลดภาระ ซึ่งญาติและครอบครัวมีภาระในการดูแลลดลง สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือและอุปกรณ์ได้ง่ายขึ้น และด้านความพึงพอใจ ที่จะให้ผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

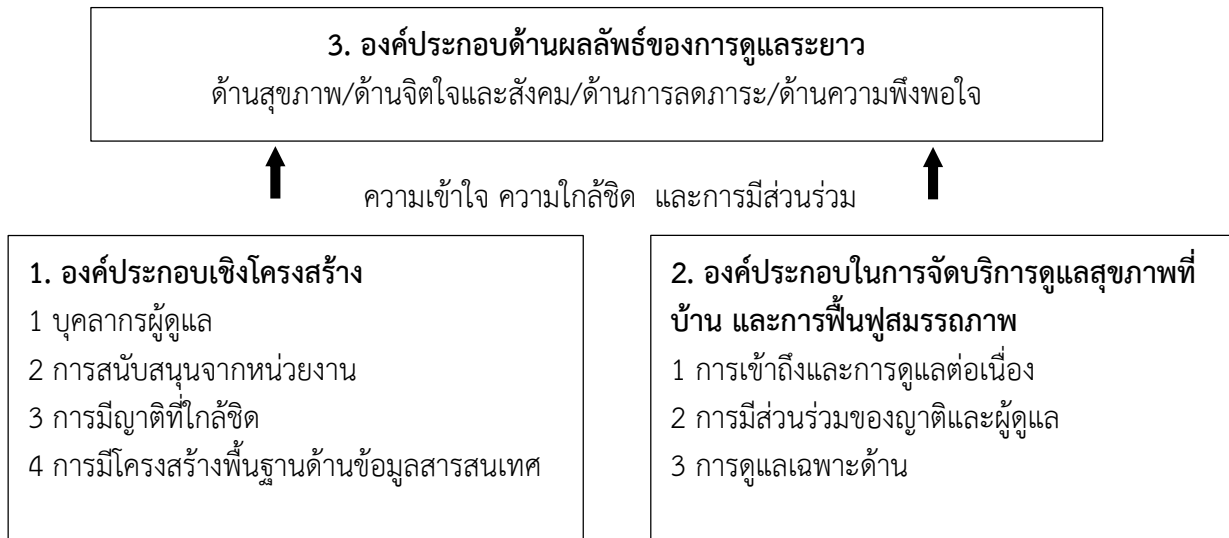
ส่วนที่ 3 ผลการประเมินกิจกรรมประจำวัน
ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าหลังการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ($M=5.47, SD=2.00; M=6.26, SD=1.84$ $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ประเทศไทย

Variable	ก่อน		หลัง		Mean difference	95%CI	t	df	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD					
ADL	5.47	2.00	6.26	1.84	0.79	0.30- 1.27	3.33	33	0.00

*p-value < 0.05

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และ 3) องค์ประกอบหลักด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาว ซึ่งองค์ประกอบแรกในเรื่องของโครงสร้าง ทั้งบุคลากรผู้ดูแล การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีญาติใกล้ชิด การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสารสนเทศ เป็นองค์ประกอบสำคัญให้เกิดการบริหารจัดการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Decharatanachart & Kochakote¹² ซึ่งได้อธิบายถึงรูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้เป็น 4C ด้วยกัน คือ 1) Care Policy 2) Care Management 3) Care Integration และ 4) Care Participation หรือการให้ความสำคัญต่อบริการบริหารจัดการ การบูรณาการ และการมีส่วนร่วม ทั้งนี้การสร้างกลไกในการบริหารระดับชุมชนควรเพิ่มศักยภาพในการจัดให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นหน่วยจัดบริการ และงบประมาณ

กับกองทุนอื่น ๆ และผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ¹³ ซึ่งการดำเนินการจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจ ความใกล้ชิดและการมีส่วนร่วม¹⁴ ไม่เพียงเฉพาะผู้ป่วยกับผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Laosan et al¹⁵ ซึ่งพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ใน รพ.สต. เวียง จ.อุบลราชธานี ในรูปแบบ “คิดฮอด จอดเถิง เบิงแยง ฮักแพง บ่ถ่มกัน” โดย “คิดฮอด” คือการคิดถึงที่ผู้ให้การดูแลเปรียบเหมือนบุตรหลานนึกถึงผู้เป็นตายายที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแล “จอดเถิง” คือ การเข้าถึง โดยทีมผู้ดูแลที่ให้การดูแลระดับชุมชน และเข้าถึงบ้าน “เบิงแยง” คือการดูแลด้วยการศึกษาปัญหาที่แท้จริงในการให้การดูแล “ฮักแพง” คือความรักที่ส่งมอบผ่านการดูแลโดยทีมดูแล และ “บ่ถ่มกัน” คือการดูแลที่ไม่ทิ้งกันอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งหลักการเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนไปยังองค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยั่งยืนได้ต้องเข้าถึงและมีการดูแล

ต่อเนื่อง การสร้างการมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล และการดูแลเฉพาะด้าน ซึ่งการดูแลจำเป็นต่อการรักษาความเป็นอิสระและลดภาระของผู้ดูแล ด้วยการเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย และการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งเสริมให้ประสิทธิภาพของการมีกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และผู้สูงอายุจะได้รับประสบการณ์ความเป็นอิสระมากขึ้น ความเครียดลดลง และมีการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ดีขึ้น¹⁶ ซึ่งจะพบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ผลการวิจัยเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น แม้การเปลี่ยนแปลงในไม่เด่นชัดเนื่องจากพยาธิสภาพและอาการของโรคที่เกิดขึ้นอยู่เดิมของผู้ป่วย แต่เป็นส่วนที่สามารถสะท้อนถึงความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระยะยาว ที่สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้¹⁷

เอกสารอ้างอิง

- 1.Department of Older Persons. Situation of The Thai Older Persons 2022 [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=40218>
- 2.United Nation. World Population Ageing 2020 [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210051934>
- 3.Stearns SC, Medzhitov R. Aging. In: Stearns SC, Medzhitov R, editors. Evolutionary Medicine [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://doi.org/10.1093/oso/9780192871978.003.0008>
- 4.Aunchittatha Sirikampeng, Pakdee Phosing. The Long Term Care for the Elderly Dependency on Thailand Country 4.0 Era. Dhammathas Acad J. 2017; 17(3):235–43.
- 5.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไบบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริระพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ดีไซน์เบอร์รี่; 2561.
- 6.โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอดงหลวง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2564; 11(2):306–31.
- 7.Braga PG, Mendes KDS, Fernandes D de S, Silva MP de A e, Ferreira AB, Coêlho WG, et al. Nursing care when bathing dependent elderly people at home: A scoping review. Nurs Pract Today. 2024; 11(3):224–38.
- 8.Gruber EM, Zeiser S, Schröder D, Büscher A. Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany. Health Soc Care Community. 2021; 29(3):746–55.
- 9.วีระยุทธ ขาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558; 2(1):29–49.
- 10.วิไลวรรณ มากมี. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
- 11.ประเสริฐ อัสสันตชัย, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี; 2557.
- 12.Decharatanachart Y, Kochakote Y. Long-Term Care Model for the Elderly with Dependency. Dhammathas Acad J. 2022; 22(3):63–80.
- 13.Kongjun C. Development of long term care model for elderly with dependent under the National Health Insurance System, Songkhla Province. Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off. 2023; 7(13):53–67.

14. Wangpitipanit S, Piyatrakul S, Tongvichean T. Integrated Community-Based Care for Dependent Older People Community Participation in Preparation for Recurrent Outbreaks of COVID-19. *J Multidiscip Healthc.* 2024; 17:4519–30.
15. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaow W. Caring for the Dependent Elderly at the Center for Elderly Care at Waeng Sub-District Health Promotion Hospital, Kradian Subdistrict, Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. *J Health Sci Thail.* 2020; 29(5):813–21.
16. Aneksak W, Meenongwar C, Nithikathkul C. Integrated long-term care model for dependent elderly in Mahasarakham Province, Thailand. *J Assoc Med Sci.* 2025; 58(3):43–51.
17. Suriyanrattakorn S, Chang CL. Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy OPEN.* 2021; 2:100026.