

การพัฒนาแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์
The development a care model for enhancing quality of life dependent elderly in
Khaendong District, Buriram Province.

(Received: August 21,2026 ; Revised: August 22,2026 ; Accepted: August 25,2026)

อารยา เอสาตี¹

Araya Aesati¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาควิชาเครือข่าย 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 141 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 68 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกุมภาพันธ์ ถึงกรกฎาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพ และคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมรายบุคคล 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม 3) การเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5) ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลเชิงรุก 6) การบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแล 7) การติดตาม ประเมินผล และปรับแผนการดูแล หลังการพัฒนาแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความรู้และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : การดูแลคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to study the development a care model for enhancing quality of life dependent elderly. The study applied an action research approach. The samples consisted of 3 groups: 1) 33 network participants selected by purposive sampling 2) 141 dependent elderly selected by purposive sampling and 3) 68 caregiver selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, WHOQOL-BREF-THAI and focus group discussion guidelines. Data was collected between April to September 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 7 components : 1) Holistic Assessment, 2) Individualized Care Plan, 3) Family Empowerment, 4) Holistic Rehabilitation, 5) Proactive Home Care, 6) Community Network Collaboration and 7) Continuous Monitoring & Evaluation. After implementation of the model, the knowledge and caregiving practices for dependent elderly level of caregivers significantly increased ($p\text{-value}<0.001$). And dependent elderly had the level of quality-of-life scores showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword : Quality of life care, Dependent elderly

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ในปี 2565 ประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน ร้อยละ 13.00 และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก¹ ประเทศที่มีภูมิภาคใกล้เคียงกับประเทศไทยที่มีประชากรที่มีอายุ 60 สูง เช่น สิงคโปร์มีสัดส่วนของผู้สูงอายุใกล้เคียงกับไทยและเป็นสังคมผู้สูงอายุ เกาหลีใต้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว และญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด สำหรับประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66,004,634 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,237,238 คน ร้อยละ 20.36² การที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 9,839,805 คน พบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.90 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ส่วนการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหวพบผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มร้อยละ 5.5 ทั้งนี้ พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาการที่พบ 3 กลุ่มแรก ได้แก่ 1) กลุ่มป่วย อ่อนเพลีย อัมพาตเรื้อรัง ไม่ทราบ ไม่จำเพาะ หรืออื่นๆ 2) กลุ่มหายใจลำบากหรือติดขัด และ 3) กลุ่มปวดท้อง หลัง เชิงกราน และขาหนี จากการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน พบว่า ความถดถอยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด 3 อันดับต้นแรก คือการมองเห็นร้อยละ 10.88 รองลงมาคือ สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 6.78 และการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 5.32 ส่วนภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นความถดถอยที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุดร้อยละ 0.36³ ในเขตสุขภาพที่ 9 มีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)⁴ นอกจากนี้ยังกลุ่มอายุอื่นๆ ที่มีภาวะ

พึ่งพิง ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและรัฐ ในแต่ละพื้นที่ที่มีกองทุนตำบลให้การสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นระบบการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่เป็นทางการดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน⁵

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยมียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ การพัฒนาช่วงวัยผู้สูงอายุโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ในด้านสาธารณสุข มีจุดเน้นพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG)⁶ การดูแลเป็นทั้งนอกสถาบันซึ่งเป็นการจัดบริการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน และการดูแลในสถาบันซึ่งเป็นการดูแลโดยสถานบริการ และมีชุดสิทธิประโยชน์บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด และบริการด้านสังคม

เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี⁷

สถานการณ์ในจังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 246,157 คน จากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 79.47 กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 20.53 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดงภายใต้การบริหารงานของจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีประชากรผู้สูงอายุ 4,836 คน ร้อยละ 23.82 ของประชากรทั้งหมด มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 597 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 3.37 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการดำรงมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว เป็นอันดับต้น⁸ มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ 1) การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพพื้นฐาน 3) การส่งต่อเฉพาะรายจำเป็น และ 4) การดูแลโดยครอบครัวเป็นหลัก ในการดำเนินงานมีลักษณะเป็นการให้บริการเฉพาะด้านสุขภาพในลักษณะตอบสนองต่อปัญหา มากกว่าการดูแลแบบเชิงรุกหรือการมีแผนการดูแลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ การดูแลยังพึ่งพาบทบาทของครอบครัวเป็นหลัก โดยลูกหลานทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ขณะที่ทีมสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่สนับสนุน มีข้อจำกัดด้านการขาดแผนการดูแลแบบรายบุคคล การติดตามผลที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดกิจกรรมส่งเสริมฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ⁹ ทำให้การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม จากปัญหาดังกล่าวจึงศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด¹⁰ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 326 คน ประกอบด้วย 1) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 2) เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8) กำนัน 9) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และ 10) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงาน

ผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) กำนัน และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 33 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel¹¹ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามแล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel¹¹ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล จำนวน 141 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่

ในช่วง 0-11 คะแนน 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้ หรือสามารถตอบคำถามโดยการสื่อสารด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ และ 4) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด และยินยอมให้ข้อมูลตามแบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่ใช้ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทําวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการปฏิบัติในตำแหน่งปัจจุบัน และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ มีการเล็กน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีการดูแลปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีการดูแลมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต มีทั้งหมด 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ และ 6) ระยะเวลาที่เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 26 ข้อ โดยลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61 – 95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัด

บุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย¹⁴ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนกรกฎาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งศึกษาระบบการดูแล การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทและการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ศึกษาปัญหาอุปสรรค ความต้องการ และข้อเสนอแนะของ

ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและคุณภาพชีวิต เพื่อนำข้อมูลมาใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพ ชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การ สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflection) โดยดำเนินการจำนวน 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษา บริบทของพื้นที่ สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ปัญหาและความต้องการด้านการดูแล คุณภาพชีวิต รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทาง การดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทของภาคี เครือข่ายในชุมชน จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับบุคลากร สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้แทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ เช่น การ ประเมินภาวะพึ่งพิง การจัดทำ Care Plan การ พั่นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การ ปรับสภาพแวดล้อม การเยี่ยมบ้าน การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแล และการประสานส่งต่อ จากนั้น ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็น การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และ ภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่าง ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับสภาพปัญหา

และความต้องการของแต่ละบุคคล กิจกรรม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การ ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และปัญหาสุขภาพ การจัดทำและใช้แผนการดูแล รายบุคคล (Care Plan) การส่งเสริมการดูแล สุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การป้องกัน การพลัดตกหกล้มและภาวะแทรกซ้อน การ ส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพช่องปาก การดูแล ด้านสุขภาพจิตและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทาง สังคม การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้ เหมาะสมและปลอดภัย การเยี่ยมบ้านและติดตาม ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำและ ช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนการ ประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม โดยใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ตลอดจนข้อมูลด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่ สำคัญ ดำเนินการติดตามผลการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงรายบุคคล การปฏิบัติตาม Care Plan การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกัน การพลัดตกหกล้ม การดูแลด้านโภชนาการ สุขภาพ ช่องปาก และสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามการเข้าถึง บริการและระบบส่งต่อ สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล อสม. และภาคีเครือข่าย ตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อ ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงผลการ ดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยเอื้อ และ

ข้อจำกัดในการดำเนินงาน โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรม ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน และภาคีเครือข่าย พร้อมคืนข้อมูลแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 เลขที่ BRO 2026-025 รับรอง

ระหว่าง วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2570

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ รายละเอียดดังนี้

1) การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมรายบุคคล ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โรคประจำตัว การมองเห็น การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต ความต้องการทางสังคม สภาพแวดล้อม และความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลเฉพาะราย

2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม นำข้อมูลจากการประเมินมาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล สสม. บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้แผนการดูแลสามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว

3) การเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการหกล้ม การดูแลด้านอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลด้านจิตใจ เสริมพลังให้ครอบครัวมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม จัดกิจกรรมที่เหมาะสม

กับระดับความสามารถของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การออกกำลังกายหรือกายภาพบำบัด การฝึกทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสร้างความสุขและความภาคภูมิใจ การมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย

5) ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลเชิงรุก จัดระบบการเยี่ยมบ้านตามระดับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยกำหนดบทบาทของทีมงานสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลอย่างชัดเจน มีการติดตามตามแผนการดูแลรายบุคคล และเฝ้าระวังปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น การหกล้ม แผลกดทับ ภาวะขาดสารอาหาร และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

6) การบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแล สร้างระบบความร่วมมือระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดบทบาทและช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ การปรับสภาพบ้าน และการเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการ

7) การติดตาม ประเมินผล และปรับแผนการดูแล กำหนดระบบติดตามผลทั้งด้านสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และครอบครัว และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยนำผลการติดตามมาทบทวนและปรับแผนการดูแลรายบุคคล และพัฒนาระบบการดูแลในระดับชุมชน

รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา เป็นการดูแลเชิงรุกที่มีแผนรายบุคคล มีเป้าหมายร่วมกับครอบครัว พึ่งพาคุณภาพชีวิตครบทุกมิติ และมีระบบติดตามต่อเนื่อง ซึ่งเหมาะกับปัญหาของพื้นที่ที่พบทั้งข้อจำกัดด้านการมองเห็น การทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว รวมถึงข้อจำกัดเดิมด้านการ

ขาด Care Plan และการประสานภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.91$, $S.D.=1.44$)

การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.38$, $S.D.=0.16$)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=84.18$, $S.D.=5.27$)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 องค์ประกอบ 1) การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมรายบุคคล 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม 3) การเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5) ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลเชิงรุก 6) การบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแล 7) การติดตาม ประเมินผล และปรับแผนการดูแล รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาเกิดการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลจากการให้บริการแบบตั้งรับไปสู่ การดูแลเชิงรุกแบบ

องค์กรรวม มีเป้าหมายรายบุคคล และมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนเชื่อมโยง ตั้งแต่การค้นหาและประเมินปัญหา การวางแผนรายบุคคล การเสริมศักยภาพครอบครัว การฟื้นฟูและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การเยี่ยมบ้านเชิงรุก การระดมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และการติดตามปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า รูปแบบมีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การประเมินปัญหาความต้องการ, การประสานความร่วมมือ, การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า PCT Model ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ P: Process กระบวนการ, C: Care Management การจัดการบริการดูแล และ T: Technology เทคโนโลยี¹⁶

หลังการพัฒนาแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ในการดูแล และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลและส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบให้ความสำคัญกับการเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และมีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาใช้ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สูงกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=7.38$)¹⁸

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้เป็นกลไกในการเพิ่มความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนจากการดูแลที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้าไปสู่ การดูแลเชิงรุกแบบองค์รวม มีแผนการดูแลรายบุคคล และมีการติดตามต่อเนื่อง ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการมากขึ้น และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลในชีวิตประจำวันให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีให้ชัดเจน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย

2) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำระบบการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถกำหนดกิจกรรมการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

3) สามารถนำผลการติดตามด้าน ADL และคุณภาพชีวิตมาใช้ในการปรับแผนการดูแล รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลสำหรับการส่งต่อและประสานหน่วย

บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นหรือหลายอำเภอ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2) ควรศึกษาผลของรูปแบบโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน หรือมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ควรมีการวิจัยในวงรอบถัดไป เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยนำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากวงรอบแรกมาปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2561). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559.กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2561.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). สถิติผู้สูงอายุ เมษายน 2567. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552. 2567.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2567.
4. กรมอนามัย.(2567). ตัววัดกระทรวงสาธารณสุข 2567 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2101&kpi_year=2567&lv=2&z=09. 2567
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2559.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2561). แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2561
7. Dijkstra, A., Hakverdioglu, G., Muszalik, M., Andela, R., Korhan, E. A., & Kornatowska, K.(2015). Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. The Tohoku Journal Of Experimental Medicine. 2015. 235: 193-200.
8. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>. 2567.

9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง.(2568). ผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง; 2568.
10. Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press. 1988.
11. Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley. 2010.
12. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
13. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ.(2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชด้อยฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.. 2545
15. ญาณพัฒน์ ทรงเย็น.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(6):262-70.
16. ปรีชา ถิ่นนัยธร, จุฑาทิพย์ เสนีย์, สุวิมล จิตรแก้ว และ บุปผา รักษานาม.(2568). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. J. Health Sci Ped. 2568;5(1):e272242.
17. ไพริน ศิริพันธ์ และปรีชาติ แก้วไชย.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):592-603.
18. นัยนา จำเริญเจือ.(2568). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ .วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(2):325-33.