

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา ตำบลน้ำอ้อม อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร

จิรดา มัทกิจ^{1*}

รับบทความ: 14 มีนาคม พ.ศ. 2569/ แก้ไขบทความ: 20 มิถุนายน พ.ศ. 2569/ ตอรับบทความ: 26 มิถุนายน พ.ศ. 2569

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวม และประเมินผลรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา ตำบลน้ำอ้อม อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่าง 66 คน ประกอบด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 20 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ และการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 46 คน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวม แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในการพัฒนา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด รูปแบบการดูแลดังกล่าวช่วยส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลที่บ้าน, การเยี่ยมบ้าน, การพยาบาลองค์รวม

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา โรงพยาบาลค้อวัง จังหวัดยโสธร

*ผู้รับผิดชอบบทความ: E-mail: mrskha2122@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 081 5477001

Development of an Integrated Home-Based Care Model for Dependent
Older Adults through Home Visits and Holistic Nursing at Ban Siri Phatthana
Health Promoting Hospital, Nam Om Subdistrict, Kho Wang District,
Yasothon Province

Jirada Mathakit^{1*}

Received: 14 March 2026/ Revised: 20 June 2026/ Accepted: 26 June 2026

Abstract

This study employed a research and development (R&D) design with the objectives of developing an integrated home-based care model for dependent older adults that combines home visits and holistic nursing care, and evaluating the effectiveness of the developed model. The study was conducted at Ban Siri Pattana Health Promoting Hospital, Nam Om Subdistrict, Kho Wang District, Yasothon Province. A total of 66 participants were included in the sample. This comprised 20 participants in the qualitative component, including public health officers, caregivers, and older adults. The quantitative component included 46 dependent older adults. The research instruments included the integrated home-based care model for dependent older adults combining home visits and holistic nursing care, an Activities of Daily Living (ADL) assessment, a Quality of Life (QOL) assessment, and a satisfaction questionnaire regarding the care model. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The Wilcoxon Signed-Rank Test was used to compare outcomes before and after the implementation of the model.

The results showed that after the implementation of the developed care model, dependent older adults had significantly higher scores in ADL and QOL compared to those before the implementation at the 0.05 level of statistical significance. In addition, the overall satisfaction of older adults with the care model was at the highest level. The developed care model promoted comprehensive care for older adults covering physical, psychological, and social aspects, and supported the participation of families and communities in caring for older adults. The findings of this study can serve as a guideline for developing community-based care systems for dependent older adults and for supporting appropriate health service delivery within the local context.

Keywords: Dependent older adults, Home-based care, Home visits, Holistic nursing

¹ Ban Siri Phatthana Health Promoting Hospital, Kho Wang District, Yasothon Province

* Corresponding Author: E-mail: mrskha2122@gmail.com Tel: 081 5477001

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นแนวโน้มสำคัญของโลกในศตวรรษที่ 21 อันเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 2 พันล้านคน คิดเป็นประมาณร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้ระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมของหลายประเทศต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง (United Nations, 2023) การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Van der Kooij et al., 2021)

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 11.8 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว และการขับถ่าย (World Health Organization, 2017) เมื่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลมากขึ้น และต้องการระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ

จังหวัดยโสธรเป็นพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562-2566 พบผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 91,078 คน เป็น 101,412 คน คิดเป็นร้อยละ 16.95 ถึง 19.08 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2566) สอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุอำเภอค้อวัง จำนวน 1,040 คน คิดเป็นร้อยละ 20.51 ของประชากรทั้งอำเภอ (กรมการปกครอง, 2566) ขณะเดียวกันในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา ตำบลน้ำอ้อม อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร มีประชากรทั้งหมด 2,128 คน แต่มีผู้สูงอายุมากถึง 373 คน คิดเป็นร้อยละ 17.52 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่าระบบการดูแลยังขาดการบูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์และสังคม การประสานงานของทีมสหวิชาชีพยังไม่เป็นระบบ รวมถึงทรัพยากรและบุคลากรที่สนับสนุนการดูแลยังไม่เพียงพอ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา, 2566)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งบูรณาการการเยี่ยมบ้านร่วมกับการพยาบาลองค์รวมในระดับบริการปฐมภูมิยังมีการศึกษาอย่างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบท ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุอาจขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ การเสื่อมถอยของสมรรถภาพ และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระในการดูแลของครอบครัวและผู้ดูแล ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic Care) มาเป็นกรอบในการพัฒนา ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Van der Kooij et al., 2021) ควบคู่กับแนวคิดการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทีมงานวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2019) นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ยังเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทจริงของครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย, 2564; World Health Organization, 2019)

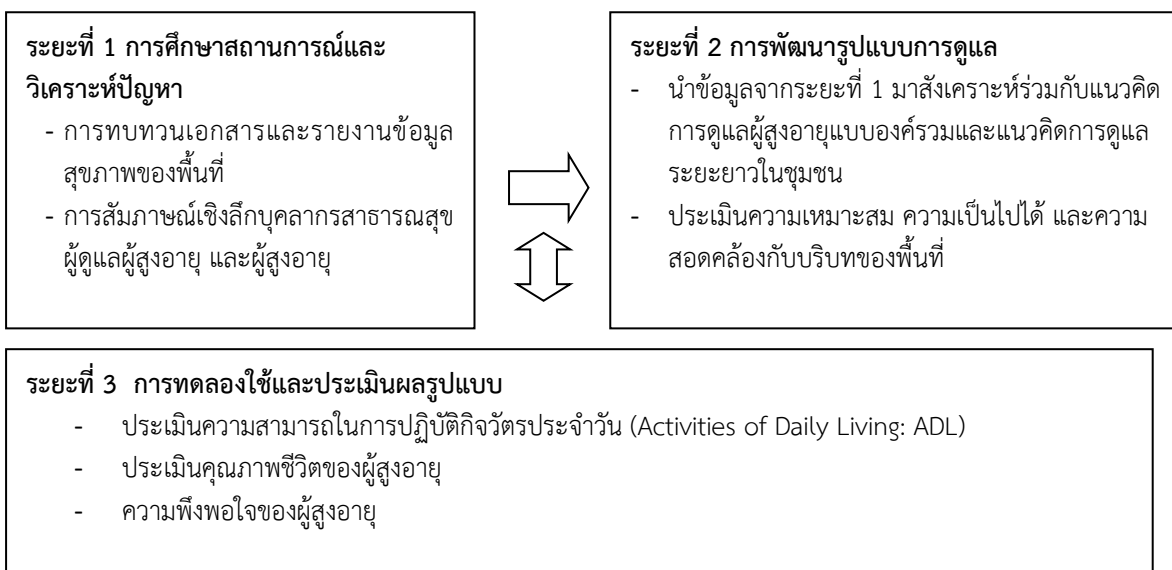
ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสมผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และลดภาระของครอบครัวรวมถึงระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสมผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา ตำบลน้ำอ้อม อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยดำเนินการทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 46 คน และผู้สูงอายุ 46 คน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.ศิริพัฒนา ในปี 2568 จำนวน 46 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ผู้ให้ข้อมูลได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาผู้ที่มีประสบการณ์และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน โดยเก็บข้อมูลจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) อยู่ในช่วง 0.37–0.38 ผลการคำนวณพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา
- เป็นผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในระดับ ติดบ้านหรือติดเตียง ตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข
- เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Long-Term Care: LTC) ของหน่วยบริการ

- ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
- ผู้สูงอายุที่มี ภาวะสับสนทางสติปัญญาหรือความผิดปกติทางจิตเวชรุนแรง
- ผู้สูงอายุที่ ย้ายออกจากพื้นที่หรือไม่สามารถติดตามผลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุ ปัญหา และอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 9 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัวในปัจจุบันการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ (The Barthel of activities of daily living: ADL) ใช้แบบประเมินของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) จำนวน 10 ข้อ

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ, 2540) จำนวน 26 ข้อ มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ ความหมายเชิงลบ 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1 โดยในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน และใช้เกณฑ์การแปลผลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เอกสารรับรองเลขที่ 6853/2568 ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จำนวน 66 ราย ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา
- 2) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 20 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง
- 3) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดความและวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ
- 4) นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน
- 5) นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ศึกษา โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปคำสัมภาษณ์อย่างละเอียด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
- 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS Statistics เวอร์ชัน 29.0.1.0

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในสามระยะ ซึ่งสามารถจำแนกผลการศึกษาได้หลายส่วน โดยส่วนแรกจะดำเนินการในส่วนของการเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนที่สองคือ ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และส่วนที่สาม คือ ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมให้การดูแลผ่านการเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลยังคงพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนว่า “ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่วนใหญ่ครอบครัวจะเป็นคนดูแลหลัก ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน” (PH1)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสะท้อนว่าการดูแลต้องใช้เวลาและความใส่ใจอย่างมาก “บางเมื่อจะต้องเฝ้าเบ่งตลอด เพราะเพิ่นลุกไม่ได้ ต้องป้อนข้าว ป้อนยา แล้วกะคอยพาไปหาหมอ” (CG2)

ในขณะที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าการมีครอบครัวและเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมทำให้รู้สึกอุ่นใจ “ยามหมอนอนมัยยาม มั่นกะฮู้สึกดีใจ” (OA1)

นอกจากนี้ อุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะภาระของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และทรัพยากรด้านสุขภาพในชุมชน

ผู้ดูแลสะท้อนถึงภาระการดูแลและความเหนื่อยล้า “บางทีเื่อกะเมื่อยหลาย ต้องดูแลทั้งงานบ้านทั้งผู้สูงอายุ แต่กะบ่มีใ้ช่วยหลาย” (CG1)

ขณะที่ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกเกรงใจครอบครัวที่ต้องดูแลตนเอง “เฮากะเกรงใจลูกหลานเดี๋ยวนี้อีต๋อยยังบ่ค่อยได้ ต้องให้เพิ่นช่วยหลาย” (OA2)

ข้อเสนอแนะ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มเสนอแนวทางสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสนอให้มีการพัฒนาระบบการดูแลเชิงรุกมากขึ้น “ถ้ามีระบบติดตามผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วย จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น” (PH3)

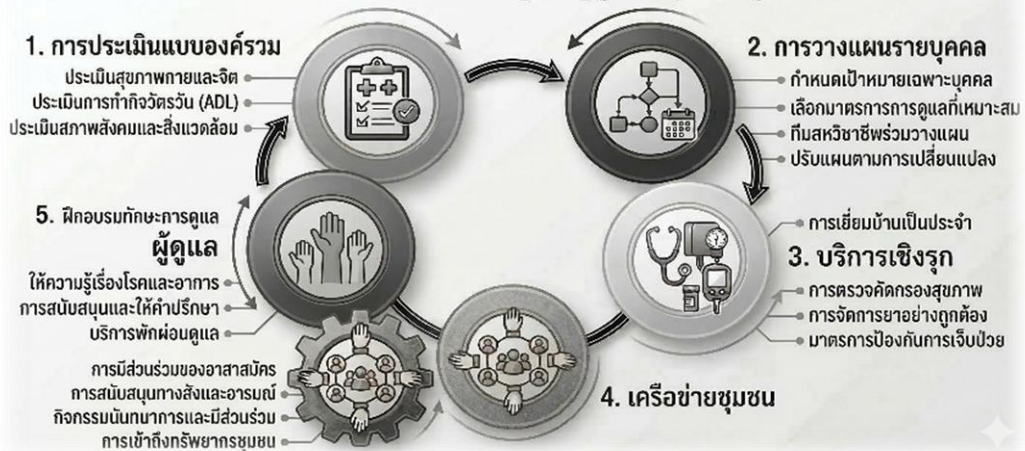
ผู้ดูแลเสนอให้มีการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ “อยากให้สอนวิธีดูแล การพลิกตัว หรือการป้องกันแผลกดทับ จะได้ดูแลถูกวิธี” (CG3)

ผู้สูงอายุสะท้อนความต้องการด้านการดูแลใกล้บ้าน “อยากให้มียามหรือเจ้าหน้าที่มาเบิ่งดูๆ ต้องไปโรงพยาบาลไกล” (OA3)

โดยสรุป การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังคงอาศัยครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแล ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสนับสนุนผ่านการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคด้านภาระของผู้ดูแล ทรัพยากรบุคคลากร และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ

5 องค์ประกอบหลักของการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ



รูปที่ 1 องค์ประกอบของการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ มีความแตกต่างจากรูปแบบการดูแลแบบเดิมในชุมชน ซึ่งมักเป็นการดูแลเชิงรับและให้บริการตามปัญหาเมื่อผู้สูงอายุหรือครอบครัวร้องขอ โดยขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลที่เน้นการดูแลเชิงรุก มีการกำหนดบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างชัดเจน และมีกิจกรรมการดูแลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการ การให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติแก่ผู้ดูแลระหว่างการเยี่ยม การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และการประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อร่วมดูแล ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในหลายมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงในบ้าน เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้มและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดูแล

2. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ทีมสาธารณสุขร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัววิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมิน และกำหนดแผนการดูแลเฉพาะราย โดยมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การป้องกันแผลกดทับ และการลดภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องตามสภาพผู้สูงอายุ

3. การเยี่ยมบ้านเชิงรุก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดความถี่ตามระดับภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และกลุ่มติดบ้านเยี่ยมเดือนละ 1-2 ครั้ง โดยมีกิจกรรมระหว่างการเยี่ยม ได้แก่ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การประเมินภาวะโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และการให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติแก่ผู้ดูแล

4. การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำผู้ป่วยติดเตียง การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล

5. การบูรณาการเครือข่ายการดูแลในชุมชน การประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และครอบครัว โดยมีการร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เตียงผู้ป่วย และจัดระบบส่งต่อผู้สูงอายุเมื่อพบภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

โดยสรุป รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ

จากการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน ในการทดสอบประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ ได้ผลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 30 คน (ร้อยละ 65.20) และเพศชาย 16 คน (ร้อยละ 34.80) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 38 คน (ร้อยละ 82.60) มีอายุเฉลี่ย 77.02 ปี (SD = 8.21) อายุสูงสุด 91 ปี และอายุต่ำสุด 64 ปี สถานภาพสมรสและหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 97.80 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 82.60 ทั้งหมดอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวและทุกคนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 89.10

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (The Barthel of activities of daily living: ADL)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามผลรวมคะแนน ADL ($n = 46$) พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 41 คน ร้อยละ 89.10 รองลงมาคือกลุ่มติดเตียง จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.70 และกลุ่มติดสังคม จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.20 หลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุยังคงอยู่ในกลุ่มติดบ้านมากที่สุด จำนวน 35 คน ร้อยละ 76.10 รองลงมาคือกลุ่มติดสังคม จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.40 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามผลรวมคะแนน ADL

ระดับกลุ่มผู้สูงอายุ	คำอธิบายลักษณะ	ช่วงคะแนน ADL	ก่อน	หลัง
			จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มที่ 1 ติดสังคม	พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้	≥ 12 คะแนน	1 (2.20)	8 (17.40)
กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน	ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	5 – 11 คะแนน	41 (89.10)	35 (76.10)
กลุ่มที่ 3 ติดเตียง	พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ	0 – 4 คะแนน	4 (8.70)	3 (6.50)
รวม			46 (100.00)	46 (100.00)

การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 46 คน พบว่า คะแนน ADL เฉลี่ยหลังการทดลอง (Mean = 9.82, SD = 2.33) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 8.60, SD = 1.89) เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ (Wilcoxon Signed-Rank Test) ในการวิเคราะห์ผล โดยผลการทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 5.12$, $p = 0.001$) ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 46$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	Z	p-value
คะแนน ADL รวม	8.60 $\pm$ 1.89	9.82 $\pm$ 2.33	5.12	0.001*

*นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 46 คน พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Mean = 22.45, SD = 3.50) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 20.63, SD = 2.91) ด้านจิตใจ (Mean = 16.28, SD = 2.94) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 14.95, SD = 2.20) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Mean = 11.52, SD = 1.78) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 10.50, SD = 1.83) และด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 29.39, SD = 4.71) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 25.13, SD = 4.03) นอกจากนี้ คะแนนรวมคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง (Mean = 85.08, SD = 12.08) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 76.17, SD = 8.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายด้าน (WHOQOL-BREF-THAI)

ด้านคุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	Z	p-value
ด้านสุขภาพกาย	20.63 $\pm$ 2.91	22.45 $\pm$ 3.50	5.08	0.001*
ด้านจิตใจ	14.95 $\pm$ 2.20	16.28 $\pm$ 2.94	4.12	0.001*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.50 $\pm$ 1.83	11.52 $\pm$ 1.78	3.65	0.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.13 $\pm$ 4.03	29.39 $\pm$ 4.71	5.52	0.001*
คะแนนรวมคุณภาพชีวิต	76.17 $\pm$ 8.83	85.08 $\pm$ 12.08	5.78	0.001*

*นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 (SD = 0.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านกระบวนการดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 (SD = 0.45) รองลงมา คือ ด้านผลลัพธ์การดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 (SD = 0.59) และด้านสิ่งสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 (SD = 0.59) ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 (SD = 0.63) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามรายการที่ประเมิน

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการดูแล	4.84	0.45	มากที่สุด
ด้านบุคลากร	4.66	0.63	มากที่สุด
ด้านสิ่งสนับสนุน	4.73	0.59	มากที่สุด
ด้านผลลัพธ์การดูแล	4.79	0.59	มากที่สุด
รวม	4.75	0.56	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.75, SD = 0.56) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจแต่ละด้านที่ประเมินมีระดับความพึงพอใจที่ใกล้เคียงกัน ในแต่ละด้านพบว่า ด้านกระบวนการดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.84, SD = 0.45) รองลงมาคือด้านผลลัพธ์การดูแล

(Mean = 4.79, SD = 0.59) ด้านสิ่งสนับสนุน (Mean = 4.73, SD = 0.59) และด้านบุคลากร (Mean = 4.66, SD = 0.63) ตามลำดับ

ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา ลาวงค์ และคณะ (2564) ซึ่งศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด โดยพัฒนา NATIE Model ที่ประกอบด้วยกระบวนการประเมินปัญหา พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินผลการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก การที่ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงอาจเกิดจากการดำเนินงานที่มีขั้นตอนการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ บุหลัน สุขเกษม และคณะ (2565) ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (PKESCV Model) ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้รูปแบบดังกล่าว ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบดังกล่าวเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมพลังให้ผู้ดูแล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และมีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เน้นการทำงานร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ แดงทน (2568) ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิต (QOL) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการบูรณาการบริการด้านสุขภาพ สังคม และการดูแลในชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ (World Health Organization, 2017) งานวิจัยของ Li et al. (2024) พบว่ารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในชุมชนช่วยส่งเสริมการประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Genaro et al. (2024) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งผสมผสานการดูแลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Jiang et al. (2024) พบว่าคุณภาพของบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ คุณภาพการให้บริการ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และการรับรู้คุณค่าของบริการ

จากการพิจารณาผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการ ซึ่งผสมผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวม มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ กระบวนการดูแลที่เป็นระบบ บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล สิ่งสนับสนุนจากชุมชน และผลลัพธ์ของการดูแลที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ องค์ประกอบเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

สรุปผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสมผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวม ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง รูปแบบการดูแลดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านกระบวนการดูแล บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสนับสนุน และผลลัพธ์การดูแล ซึ่งช่วยส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแบบบูรณาการผสมผสานการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลองค์รวมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมการจัดระบบการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ควรศึกษาการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL). นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมอนามัย. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Long-term care) สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
- นพรัตน์ แดงทน. (2568). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 4(4), 18-30.
- บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ, และศรียา ศิริปรุ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 1(1), 71-83.

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศิริพัฒนา. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ. ยโสธร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดยโสธร ปี 2566. ยโสธร.
- สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วนิดา ตันติพิพัฒนสกุล, และ วรัญญา พุ่มพิศาลชัย. (2540). การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุชา ลาวงค์, ชุติภา บุตรดีวงศ์, เสฐียรพงษ์ ศิรินา, จุไรรัตน์ แก้วพิลา, และ บุญชนะ ยี่สารพัฒน์. (2564). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Modern Learning Development*, 6(2), 268–277.
- Genaro, L. E., Marconato, J. V., Tagliaferro, E. P. D. S., Pinotti, F. E., Valsecki Júnior, A., Adas Saliba, T., & Rosell, F. L. (2024). Home Care for the Elderly: An Integrated Approach to Perception, Quality of Life, and Cognition. *International journal of environmental research and public health*, 21(5), 539. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050539>
- Jiang, T., Meekaewkunchorn, N., & Muangmee, C. (2024). The influence of community home care service on elderly satisfaction. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. https://doi.org/10.2991/978-2-38476-253-8_73
- Li, Y., Luo, L., & Dong, H. (2024). Delivering Integrated Community Care for the Elderly: A Qualitative Case Study in Southern China. *International journal of environmental research and public health*, 21(6), 680. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060680>
- United Nations. (2023). *World population prospects 2023*. United Nations.
- Van der Kooij, K., Groenewoud, A. S., Bilsen, J., van der Heide, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2021). The importance of holistic care for older adults: Integrating physical, psychological, social and spiritual care. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–10.
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. WHO.
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. WHO.