

Development for Elderly Dependency Care Model in primary care units, Chaiyaphum Province

Naruemol Sorat¹

¹Chaiyaphum Provincial Health Office, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: Dependency in the elderly is a significant problem that affects the quality of life of the elderly and their caregivers. Especially in the context of primary care units with limited resources. Developing appropriate and effective models of care is essential to improve the quality of life of older people and strengthen caregivers and health care systems in the community

Objectives: 1) to study the factors Influencing the care of elderly individuals with dependency in primary care units, 2) developing the Elderly Dependency Care Model, and 3) to study the model's effectiveness.

Methodology: This sequential explanatory mixed-methods study sampled elderly individuals with moderate dependency in primary healthcare settings in Chaiyaphum Province. Data were collected between September 2023 and June 2024 through questionnaires, group discussions, and in-depth interviews. The statistical analyses included descriptive statistics, stepwise multiple linear regression, paired-sample t-tests, independent t-tests, and thematic analysis.

Results: The results showed that: 1) Social support from family and healthcare personnel has a statistically significant influence on the care received by dependent older adults ($p\text{-value} < .01$) and together can predict 22.8% of the variance, 2) the Elderly Dependency care model in primary care unit, Chaiyaphum Province includes the CARE model, consisting of (1) Caregiver support, (2) Assistance, (3) Resource Integration, and (4) Empowerment and 3) after experiment the elderly dependency care model, the experimental group had an average social support, the care of the elderly with high dependency and quality of life was statistically significantly higher than before experimental and the control group ($p\text{-value} < .05$)

Conclusion: This study showed that social support from family members and public health personnel is a critical factor in the care of older adults with dependency. The development of a systematic and comprehensive care model can effectively enhance the quality of life.

Implication: The CARE Model should be implemented in primary care units in other regions to further assess its effectiveness and to support policies aimed at strengthening the role of families and communities in caring for older adults with dependency conditions.

Keywords: Dependency, Elderly, Primary care unit, Quality of life, Social support

Corresponding author: Naruemol Sorat E-mail: namol.sorat@gmail.com

Received: 20 February 2025 **Revised:** 12 March 2025 **Accepted:** 12 March 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

นฤมล โสรัจจ์¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีทรัพยากรจำกัด การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน แบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยทำการศึกษาในระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงมิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้ในการทดสอบ คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ stepwise multiple linear regression analysis, paired sample t-test, independent t-test และการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.8 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โมเดล CARE ซึ่งประกอบด้วย C: Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว A: Assistance การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม R: Resource Integration การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ E: Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุผู้ดูแลและครอบครัว และ 3) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้รูปแบบ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุปผล: การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญในการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำ CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อื่นเพื่อประเมินประสิทธิผลเพิ่มเติม ตลอดจนสนับสนุนนโยบายที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: ภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, คุณภาพชีวิต, แรงสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขที่ช่วยยืดอายุขัยของประชากร ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรสูงอายุทั่วโลกมากกว่า 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2023) ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนั้นแนวโน้มขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 548 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 คาดว่าจะสูงถึง 1.3 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งจะทำให้มีประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด (เอกพล วงศ์เสรี และคณะ, 2563) ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2576 ถือเป็นความท้าทายใหม่สำหรับศตวรรษที่ 21 (ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร, 2565) จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมากยิ่งมีความเสื่อมด้านร่างกายและจิตสังคมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตสังคมไปในทางเสื่อมลงและส่งผลให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยตามมาได้ง่าย เป็นปัจจัยที่ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และความสามารถทางกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัวและทีมสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องจัดการให้ได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจ (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566)

สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 232,714 คน เพิ่มขึ้นเป็น 242,663 คน ในปี พ.ศ. 2565 (เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ขาสวรรณ, 2567) และเพิ่มเป็น 438,812 คน ในปี พ.ศ. 2567 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 59,063 สูงเป็นอันดับ 3 ของเขตสุขภาพทั่วประเทศ ในส่วนของจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 13,239 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน จำนวน 9,023 คน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย จำนวน 2,611 คน กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 1,605 คน และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 596 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องการการดูแลต่อเนื่องและระยะยาว (ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2561) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความสำคัญมาก เพราะการละเลยไม่เอาใจใส่ดูแลอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตหลายประการ เช่น ความพิการหรือทุพพลภาพ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจ หรือปัญหาด้านสังคม (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566)

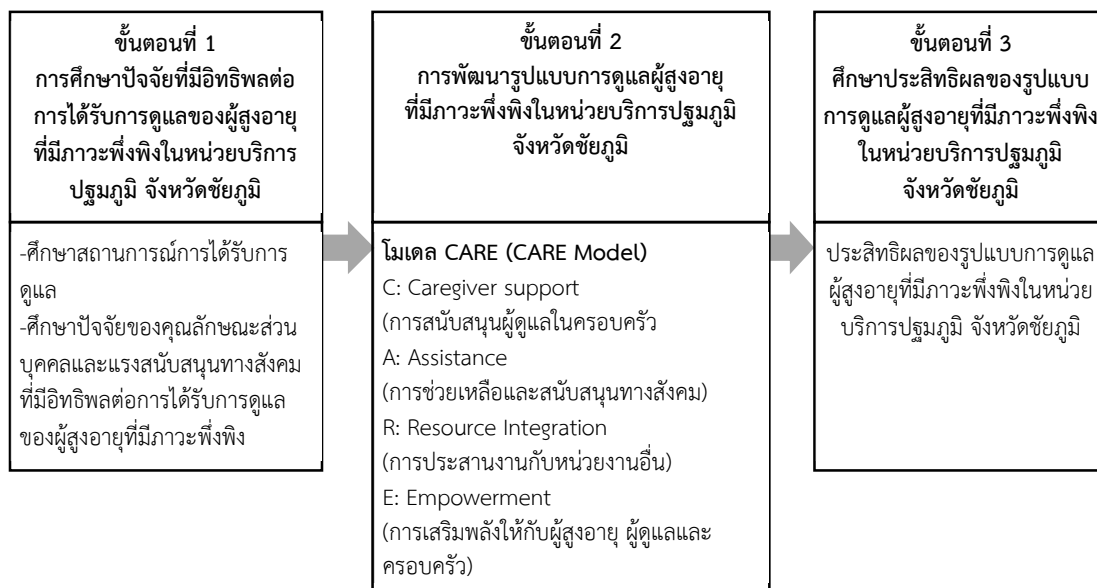
นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติ และสอดคล้องกับหลักสากลขององค์การอนามัยโลก โดยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ, 2565) มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกลไกสำคัญ โดยมีทีมดูแลที่ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) และภาคี

เครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งร่วมมือกันให้การดูแลแบบองค์รวม ประเมินสุขภาพผ่านแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) และการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) โดยมีเป้าหมายคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สร้อยศรี วรสาร, 2567) การช่วยเหลือดูแลระยะยาวจากบุคคลภายในครอบครัว และภาคส่วนต่าง ๆ ควรต้องได้รับการสนับสนุนและจัดสรรอย่างครอบคลุมตั้งแต่บริการทางด้านการดูแลรักษาภายในโรงพยาบาลเชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หากผู้ได้รับการส่งเสริมให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเกิดสุขภาวะที่ดีทุก ๆ ด้านแล้วย่อมส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (เนตรนภา พันเล็ก และ กฤติยา ชาสุวรรณ, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ในขณะเดียวกันการดำเนินการที่ผ่านมาอาศัยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะเป็นกลไกหลักในการดูแลช่วยเหลือ ทั้งในลักษณะการประสานหน่วยงานองค์กรเข้าไปช่วยเหลือและการเข้าไปดูแลเองโดยตรง โดยพบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการทำงานในพื้นที่คือรูปแบบการจัดบริการหรือแนวทางวิธีการทำงานที่ไม่ชัดเจน สนองความต้องการได้ไม่ครอบคลุม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชน และขาดความมั่นใจในการทำงาน โดยเฉพาะส่วนของผู้ที่มิพบทบทดูแลผู้สูงอายุทั้งอาสาสมัคร หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อความครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (อรรณ ศรีเกิน และคณะ, 2562) นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล ซึ่งการดูแลระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ได้แก่ สุขภาพกายและจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้ดูแลบางรายมีภาวะอ่อนเพลียเรื้อรัง ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง และเกิดความวิตกกังวลจากภาระความรับผิดชอบที่หนักหน่วง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังต้องการการดูแลด้วยการยอมรับและเห็นคุณค่า ต้องการอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง และยังต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (วียะดา รัตนสุวรรณ, 2561) ซึ่งมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคลเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ศน์ ชินดาปัญญากุล, 2561) ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวและเหตุผลจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

1.1 รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional study)

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 13,239 คน (ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 219 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยโปรแกรม G*Power สำหรับสถิติ Multiple linear regression analysis โดยกำหนดค่า Power of test เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญ 0.05 Effect Size เท่ากับ 0.15 จำนวนตัวแปรทำนาย เท่ากับ 15 ตัวแปร (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 199 คน ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 219 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง คัดกรองโดย Barthel ADL มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) อยู่ในพื้นที่ขณะเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วย และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการทดลอง (Exclusions criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลักที่บ้าน จำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เพื่อคัดกรองและแยกประเภทผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลความหมาย ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือ กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) และ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)

3) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัย พัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ โดยใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว

4) แบบสอบถามได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว

แบบสอบถามข้อ 3 และ 4 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับต่ำ (1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องรายข้อ (Index of Objective-item Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach' s Alpha Coefficients) เท่ากับ 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดการตอบแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ให้ครบถ้วน ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะตัดออก และไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐม ภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ตรวจสอบการกระจายตัวปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และ 3) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด ชัยภูมิ

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) โดยผู้วิจัยจะนำผลข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1

เป็นประเด็นสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ พื้นที่สำหรับการศึกษาใช้พื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การยกร่างรูปแบบและร่างคู่มือประกอบการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน 3 กลุ่ม รวมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 คน

2) เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 คน และอุปกรณ์บันทึกเสียงพร้อมสมุดจดบันทึก

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้ให้บริการ ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมงโดยประมาณ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม 2566 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

4) การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) และยกร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

2.2 การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับต่ำ (1.00-2.33) ตรวจสอบร่างรูปแบบโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน และปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

3. ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

3.1 รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test, post-test design)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 120 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 64 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม

จำนวน 32 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 Effect Size=0.8 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง คัดกรองโดย Barthel ADL มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) อยู่ในพื้นที่ขณะเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วย และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการทดลอง (Exclusions criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามโมเดล CARE (CARE Model) ซึ่งประกอบด้วย (1) Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (2) Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) (3) Resource Integration การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ (4) Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตามรูปแบบ 12 สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชุดเดียวกันกับการวิจัยระยะที่ 1 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ (WHO-QOL-BREF) (สุวัฒน์ มหันตนิรันตรกุล และคณะ, 2540) ประเมินพฤติกรรม ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อที่ 2,9,11 ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ แปลผลคะแนนโดย คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน) และ คุณภาพชีวิตดี (96-130 คะแนน)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามโมเดล CARE (CARE Model) ซึ่งประกอบด้วย (1) Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (2) Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) (3) Resource Integration การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ (4) Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตามรูปแบบ 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบเดิม จากนั้นเก็บข้อมูลครั้งที่สองหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2567

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) 2) ตรวจสอบการแจกแจงปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Fisher's exact test 4) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test 5) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และ 5) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เลขที่ 37/2566

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน ร้อยละ 80.82 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี จำนวน 198 คน ร้อยละ 90.41 ($M=62.88, SD=1.51$) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 216 คน ร้อยละ 98.63 มีสถานภาพสมรส จำนวน 153 คน ร้อยละ 69.86 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 100 คน ร้อยละ 45.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน จำนวน 138 คน ร้อยละ 63.01 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 165 คน ร้อยละ 75.34 สิทธิการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 187 คน ร้อยละ 58.39 มีโรคประจำตัว จำนวน 145 คน ร้อยละ 66.21 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 112 คน ร้อยละ 51.14 รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 94 คน ร้อยละ 42.92 และโรคไตเรื้อรัง จำนวน 72 คน ร้อยละ 32.88 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง 6-10 ปี จำนวน 115 คน ร้อยละ 52.51 ($M=5.63, SD=2.07$) ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 10 ปี มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 89 คน ร้อยละ 40.64 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($Beta=0.336, p\text{-value}<.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ($Beta=0.264, p\text{-value}<.001$) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยตัวแปรทั้งสองร่วมกันพยากรณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 22.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression analysis ($n=219$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	1.080	0.351	-	3.078	.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.349	0.064	0.336	5.427	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	0.459	0.107	0.264	4.276	<.001
$R=0.477, R^2=0.228, SEE=0.333, F=31.878 (p\text{-value}<.001)$					

* $p\text{-value}<0.05$, ** $p\text{-value}<0.01$

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

2.1 การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน และการสัมภาษณ์ (In-depth interviews) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน สรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1) ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีรายละเอียดชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้

2) ส่งเสริมแรงสนับสนุนในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ในโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โมเดล CARE (CARE Model) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) C: Caregiver support (การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว) ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแล เช่น การลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) สำหรับผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2) A: Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขและทีมสุขภาพประจำครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การจัดหาสิ่งสนับสนุนด้านสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็น

3) R: Resource Integration (การประสานงานกับหน่วยงานอื่น) ประกอบด้วย การประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการดูแลและจัดหาสวัสดิการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

4) E: Empowerment (การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว) ประกอบด้วย การเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ (Confidence & Motivation) การให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นต้น

2.3 การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ในประเด็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบพบว่า รูปแบบฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ($M=4.44$, $SD=0.49$) และความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($M=4.65$, $SD=0.52$)

3. การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 84.38 มีอายุเฉลี่ย 63.37 ปี ($SD=2.13$) อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 32 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส จำนวน 23 คน ร้อยละ 71.88 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 53.13 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน จำนวน 21 คน ร้อยละ 65.63 รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 24 คน ร้อยละ 75.00 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 28 คน ร้อยละ 87.50 มีโรคประจำตัว จำนวน 22 คน ร้อยละ 68.75 ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 5.03 ปี ($SD=1.94$) ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด 2 ปี ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 9 ปี และคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 15 คน ร้อยละ 46.88 ตามลำดับ การเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=32) ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.23 (0.26)	3.18 (0.19)	0.05	-0.06-0.16	0.825	.413
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.28 (0.27)	3.21 (0.25)	0.07	-0.05-0.19	1.093	.279
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.20 (0.35)	3.24 (0.31)	-0.04	-0.20-0.12	-0.470	.640
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.24 (0.27)	3.17 (0.31)	0.07	-0.07-0.21	0.979	.331
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.22 (0.36)	3.19 (0.29)	0.03	-0.13-0.19	0.383	.703
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.21 (0.23)	3.11 (0.27)	0.10	-0.04-0.25	1.348	.183
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.63 (0.38)	3.58 (0.27)	0.05	-0.10-0.19	0.621	.537
คุณภาพชีวิตโดยรวม	69.66 (3.82)	71.53 (4.26)	-0.03	-2.09-2.035	-0.030	.976
ด้านสุขภาพกาย	19.16 (1.57)	19.22 (1.66)	-0.06	-0.87-0.74	-0.155	.877
ด้านจิตใจ	15.22 (1.79)	17.56 (1.39)	-0.50	-1.38-0.38	-1.131	.262
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.47 (1.29)	8.38 (1.41)	0.09	-0.58-0.77	0.277	.783
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.75 (1.92)	21.44 (.98)	0.31	-0.66-1.28	0.641	.524

*p-value<.05, **p-value<.01, 95% CI=95% Confidence Interval

3.3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงสนับสนุนจากสื่อ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) และ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test (n=32)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง M (SD)	หลังทดลอง M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.23 (0.26)	3.8 (0.16)	0.57	0.47-0.67	11.713**	<.001
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.28 (0.27)	4.09 (0.36)	0.81	0.65-0.97	10.447**	<.001
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.20 (0.35)	3.63 (0.43)	0.42	0.26-0.59	5.190**	<.001
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.24 (0.27)	3.98 (0.41)	0.73	0.60-0.87	10.764**	<.001
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.22 (0.36)	3.54 (0.30)	0.32	0.11-0.53	3.128**	.004
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.21 (0.23)	3.77 (0.38)	0.55	0.37-0.73	6.289**	<.001

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง M (SD)	หลังทดลอง M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.63 (0.38)	3.94 (0.31)	0.31	0.14-0.49	3.602**	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	69.66 (3.82)	81.28 (3.85)	9.78	7.55-12.01	8.940**	<.001
ด้านสุขภาพกาย	19.16 (1.57)	20.09 (1.82)	0.94	0.12-1.75	2.350*	.025
ด้านจิตใจ	15.22 (1.79)	20.59 (1.41)	3.53	2.70-4.37	8.633**	<.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.47 (1.29)	9.19 (1.00)	0.72	0.12-1.31	2.463*	.020
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.75 (1.92)	24.78 (2.27)	3.03	1.85-4.22	5.216**	<.001
กลุ่มควบคุม						
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.18 (0.19)	3.22 (0.13)	0.03	-0.06 - 0.13	0.725	.474
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.21 (0.25)	3.25 (0.23)	0.04	-0.1 - 0.18	0.571	.572
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.24 (0.31)	3.16 (0.21)	-0.08	-0.21 - 0.05	-1.204	.238
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.17 (0.31)	3.18 (0.18)	0.01	-0.14 - 0.15	0.111	.913
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.19 (0.29)	3.25 (0.22)	0.06	-0.09 - 0.22	0.830	.413
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.11 (0.27)	3.24 (0.27)	0.13	-0.02 - 0.28	1.826	.077
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.58 (0.27)	3.53 (0.34)	0.07	-0.08 - 0.22	0.891	.380
คุณภาพชีวิตโดยรวม	71.53 (4.26)	72.69 (3.20)	1.16	-0.38 - 2.69	1.533	.135
ด้านสุขภาพกาย	19.22 (1.66)	19.25 (1.22)	0.03	-0.73 - 0.79	0.084	.934
ด้านจิตใจ	17.56 (1.39)	18.03 (1.71)	0.47	-0.34 - 1.28	1.182	.246
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.38 (1.41)	8.47 (1.16)	0.09	-0.44 - 0.62	0.361	.720
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.44 (.98)	21.88 (1.43)	0.44	-0.45 - 1.33	1.005	.323

*p-value<.05, **p-value<.01, 95% CI=95% Confidence Interval

3.4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงสนับสนุนจากสื่อ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=32) ในระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.80 (0.16)	3.22 (0.13)	0.58	0.51-0.66	15.959**	<.001
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	4.09 (0.36)	3.25 (0.23)	0.84	0.69-0.99	11.113**	<.001
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.63 (0.43)	3.16 (0.21)	0.46	0.29-0.63	5.458**	<.001

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทาง สาธารณสุข	3.98 (0.41)	3.18 (0.18)	0.80	0.64-0.95	10.080**	<.001
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	3.54 (0.30)	3.25 (0.22)	0.29	0.16-0.42	4.409**	<.001
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.77 (0.38)	3.24 (0.27)	0.52	0.36-0.69	6.440**	<.001
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.94 (0.31)	3.53 (0.34)	0.29	0.13-0.46	3.574**	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	81.28 (3.85)	72.69 (3.20)	8.59	6.82-10.36	9.708**	<.001
ด้านสุขภาพกาย	20.09 (1.82)	19.25 (1.22)	0.84	0.07-1.62	2.179*	.033
ด้านจิตใจ	20.59 (1.41)	18.03 (1.71)	2.56	1.78-3.35	6.532**	<.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.19 (1.00)	8.47 (1.16)	0.72	0.18-1.26	2.652*	.010
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.78 (2.27)	21.88 (1.43)	2.91	1.96-3.85	6.130**	<.001

*p-value<.05, **p-value<.01, 95% CI=95% Confidence Interval

อภิปรายผล

1. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

การศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อค้นพบที่สำคัญโดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 22.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนายุส คำโสม และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราวรรณ แก้วดุก และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง ที่พบว่า ปัจจัยระดับความรู้ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากองค์กรและสังคม มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่บ้าน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะลูกหลาน โดยรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องทุกวัน (วิยะดา รัตนสุวรรณ, 2561) ซึ่งการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ประกอบกับพื้นที่จังหวัดชัยภูมิมีความเป็นสังคมชนบท มีลักษณะครอบครัวขยายเป็นเครือญาติกัน คนในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน และเพศหญิงจะมีความละเอียดดีกว่าเพศชาย ทำให้ความใส่ใจการสนับสนุนคอยช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลของผู้สูงอายุได้ดี (ชนายุส คำโสม และคณะ, 2561) และจากการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตามบทบาทและเหมาะสม (ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริไชน์ วนรัตน์วิจิตร, 2566) นอกจากนี้หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการดูแลที่บ้าน เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การดูแลสุขอนามัย การจัดการยา การทำแผล และกายภาพบำบัด ตลอดจนการปรับสภาพแวดล้อมซึ่งช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การให้บริการที่ตรงกับความต้องการย่อมทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ชาสุวรรณ, 2567)

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามโมเดล CARE (CARE Model) ประกอบด้วย 1) Caregiver support (การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว) ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแล เช่น การลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) สำหรับผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขและทีมสุขภาพประจำครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การจัดหาสิ่งสนับสนุนด้านสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็น 3) Resource Integration (การประสานงานกับหน่วยงานอื่น) ประกอบด้วย การประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการดูแลและจัดหาสวัสดิการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 4) Empowerment (การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว) ประกอบด้วย การเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ (Confidence & Motivation) การให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นต้น โดยพบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver support) การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม (Assistance) และ การประสานงานกับหน่วยงานอื่น (Resource Integration) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภาพ เมืองชื่น และมนัสกรณัฏ์ พิชัยจุฬพล (2567) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จังหวัดพะเยา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาเรียกว่า SKILL model ประกอบด้วย 1) แรงสนับสนุนทางสังคม 2) ความเมตตาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ 3) การบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน 4) การประเมินและประสานเรื่องที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับสุขภาพปลอดภัยมั่นคง และ 5) การเรียนรู้ฟื้นฟูทักษะของผู้ดูแล และองค์ประกอบ การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว (Empowerment) สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี และคณะ (2567) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคปกติวิถีใหม่ พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม และ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการความเครียดของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและจากบุคลากรทางสาธารณสุข มีการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมมือกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายองค์กรในชุมชน ส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิรินทร์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาว คือการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีความต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมการเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งช่วยทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาและการกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ตามสถานการณ์จริง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ปัญหา การสะท้อนคิด และการพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสนใจและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ นำไปสู่ประสิทธิผลที่ดี (เนตรนภา กาบมณี และคณะ, 2567)

3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนด้านจิตใจ มีการจัดกลุ่มสนับสนุนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการจัดหาสนับสนุนสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็น ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเมื่อมีการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุน มีความสนใจด้านสุขภาพและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ พยายามพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จึงทำให้การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับสูงตามมา (เบญจวรรณ ช่วยเต็ม และคณะ, 2566; สุกฤตทา ศรีณะพรหม, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุหลัน สุขเกษม และคณะ (2565) ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการทดลองคะแนนด้านความรู้ ทักษะชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุฯ ของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุฯ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกฤตทา ศรีณะพรหม (2567) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคล่อง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลองระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น (เบญจวรรณ ช่วยเต็ม และคณะ, 2566; กิตติวงศ์สาสวด, 2560) นอกจากนี้การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้นำชุมชนหรือผู้นำองค์กรท้องถิ่นคอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการทางสังคมและเศรษฐกิจร่วมด้วย จัดเป็นการดูแลสุขภาพที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้ง อีกทั้งยังเป็นการช่วยส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ Alonso et al. (2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริประภา หล้าสิงห์ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 84.80 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จัดขึ้น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพครอบครัวให้มีบทบาทหลักและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม ทั้งนี้เพราะแรงสนับสนุนและความร่วมมือจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืนได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่อง

1.2 ควรมีการนำ CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในบริบทที่หลากหลาย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ร่วมกับการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ%20พ.ศ.%202564.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care : 3C)*. <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
- กิตติวงศ์ สาสด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 21-38.
- จันทราวรรณ แก้วดุก, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 10(3), e258719.
- ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 12(2), 293-207.
- ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, อังศินันท์ อินทรกำแหง และยศพล เหลืองโสมนภา. (2566). ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 262-274.
- ณิชากรีย์ พิธิยจรัสชัย และศิริพันธ์ สาสัดย์. (2561). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 231-240.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- เนตรนภา กาบมณี, สิริอร ข้อยุ่น และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์. (2567). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคปกติวิถีใหม่. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 27(3), 57-69.

- เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ชาสวรรณ. (2567). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพรั่งบุรี*, 7(2), 21-33
- บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ และศรียา ศิริปรุ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีส่วนร่วมของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ*, 1(1), 71-83.
- เบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุนธธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2566). การรับบริการดูแลระยะยาว และการสนับสนุนทางสังคมที่มี ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), S296-S309.
- ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 140-155.
- พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209-219.
- ยุทธพล เดชรัตน์ชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมทรรคน*, 22(3), 63-80.
- ศศินันท์ สายแวว และวราภรณ์ พรหมสัทยพรต. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 197-212.
- ศิริประภา หล้าสิงห์, สุมัทนา กลางคาร และศิรินาถ ตงศิริ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 29-40.
- ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริวิไล วรรณวิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 158-171.
- สุกฤทธา ศรีณะพรหม. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 117-128.
- สุวัฒน์ มั่นนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. รายงานวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภาพ เมืองชื่น และมนัสกรณ พิชัยจุพล. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จังหวัดพะเยา. *เชียงใหม่สาร*, 16(3), 143-154.
- สร้อยศรี วรสาร. (2567). การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1), 281-295
- วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2561). จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : มุมมองที่แตกต่าง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(3), 14-24.
- อรวรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง และพรรณนิภา ไชยรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 39-54.

เอกพล วงศ์เสรี, กมลวรรณ กิตติอุดมรัตน์, จิรวัดน์ ทิพย์รส, เฉลิมพร วรพันธ์กิจ และพรรณวดี กิตติอุดมรัตน์. (2563). ยุทธศาสตร์การเตรียมผู้สูงอายุให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 40(6), 74-91

Alonso, M. A. M., Barajas, M. E. S., Ordóñez, J. A. G., Ávila Alpirez, H., Fhon, J. R. S., & Duran-Badillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>

Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

World Health Organization [WHO]. (2023). *Thailand's leadership and innovations Towards healthy ageing*. <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>