

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
A model for promotion care of bedridden elderly individuals by caregivers,
Rasi Salai District, Si Sa Ket Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ญาณี สีหบุตร¹

Yanee Sihabut¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ตามกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับประเมินประสิทธิผลจำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า อำเภอราชไศลมีผู้สูงอายุร้อยละ 27.25 และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มจากร้อยละ 8.40 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.50 ในปี 2567 ปัญหาสำคัญ ได้แก่ การติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง แผนการดูแลไม่สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคล ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังจำกัด และการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นระบบ จึงพัฒนา ราชไศล CARE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C: Capacity Building การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล A: Assessment and Individualized Care Plan การประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคล R: Responsive Support and Referral การสนับสนุน ติดตาม และส่งต่ออย่างเหมาะสม และ E: Empowerment, Environment and Evaluation การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ หลังการใช้รูปแบบพบว่า คะแนนด้านความรู้ ทักษะ การเข้าถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 95.10 เป็น 109.00 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมการดูแล; ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research examined the care situation, developed a care promotion model, and evaluated its outcomes among caregivers of homebound and bedridden older adults in Rasi Salai District, Si Sa Ket Province, Thailand. Guided by Kemmis and McTaggart's action research framework, the study followed a cycle of planning, action, observation, and reflection. Participants included 50 purposively selected stakeholders involved in model development and 50 caregivers participating in the outcome evaluation. Data were collected using questionnaires, interviews, focus group discussions, and observations, and analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and qualitative analysis.

Older adults accounted for 27.25% of the district's population, while the proportion of homebound and bedridden older adults increased from 8.40% in 2023 to 15.50% in 2024. Key problems included discontinuous follow-up, care plans inadequately tailored to individual needs, insufficient caregiver knowledge and confidence, limited community participation, and fragmented coordination among local partners. The resulting Rasi Salai CARE Model comprised four components: C-Capacity Building; A-Assessment and Individualized Care Plan; R-Responsive Support and Referral; and E-Empowerment, Environment and Evaluation. Following implementation, caregivers' scores for knowledge, attitudes, access to health

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชไศล อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

promotion support, and receipt of health information were significantly higher than baseline scores ($p < 0.001$). Older adults' mean overall quality-of-life score increased significantly from 95.10 to 109.00 ($p < 0.001$).

Keywords: Care promotion model; Homebound and bedridden older adults; Caregivers of older adults

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก อันเป็นผลจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และระบบการดูแลระยะยาว¹ ประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์ในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกาย และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ โรคเรื้อรัง การเคลื่อนไหวที่จำกัด ภาวะทุพโภชนาการ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การหกล้ม การติดเชื้อ ปัญหาด้านการขับถ่าย รวมถึงปัญหาด้านจิตใจและสังคม² ดังนั้นการดูแลจึงต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีที่สุดตามศักยภาพ ขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยทำให้จำนวนสมาชิกที่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง³

ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกสำคัญของระบบการดูแลในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและ

ทำหน้าที่ดูแลในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดอาหารและยา การดูแลสุขอนามัย การเคลื่อนไหว การป้องกันแผลกดทับ การสังเกตอาการผิดปกติ และการประสานกับบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นศักยภาพของผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ ความสามารถในการประเมินปัญหา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการตัดสินใจส่งต่อ⁴ จึงมีความสำคัญโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 245,094 คน คิดเป็นร้อยละ 25.63 ของประชากร และมีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวร้อยละ 5.33 ขณะที่อำเภอราษีไศลมีประชากรทั้งหมด 49,667 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 13,532 คน คิดเป็นร้อยละ 27.25 และพบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 15.50⁵ สะท้อนให้เห็นถึงภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้นและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

แม้ประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long-Term Care: LTC) เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง การดูแล การฟื้นฟู การพัฒนาผู้ดูแล และการเชื่อมโยงบริการในชุมชน แต่คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแลเป็นสำคัญ หากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ย่อมสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน คงไว้หรือเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดระดับการพึ่งพิง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา “รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ดูแล ควบคู่กับการสร้างระบบสนับสนุนและเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการรายบุคคล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะติดบ้าน ติดเตียงผู้สูงอายุ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งก่อนและหลังการศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การติดตาม และการสะท้อนผล โดยดำเนินการตามวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ครอบครัว ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงความรู้ ทักษะ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ตลอดจนระบบการดูแลที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ช่องว่างและประเด็นที่ต้องพัฒนา⁷

ระยะที่ 2 การวางแผนและพัฒนารูปแบบ (Planning and Model Development) นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์คืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และจัดกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหากำหนดเป้าหมาย และออกแบบรูปแบบการดูแล โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลด้านการประเมินและดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ตลอดจนการติดตามและประสานส่งต่อร่วมกับทีมสุขภาพ^{8,9}

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปปฏิบัติและติดตามผล (Action and Observation) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแล การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาและสนับสนุนโดยทีมสุขภาพ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลและผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การประเมินและสะท้อนผล (Evaluation and Reflection) ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ทั้งด้านความรู้ ทักษะและความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อนำมาปรับปรุงและสังเคราะห์เป็นรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่ง

ออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาบริบทและพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุหรือสมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของระบบการดูแล และนำข้อมูลมารวบรวมกัน ออกแบบและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเป็น Caregiver และ/หรือผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในอำเภอราชไศล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้เป็นกลุ่มทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ มุ่งประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแล รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7¹⁰ โดยกำหนดรูปแบบการวิเคราะห์ให้สอดคล้องกับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น คะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จากผลการวิจัยของชุดิภา แก้วลือ¹¹ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกลุ่มทดลอง เท่ากับ 10.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.22 ค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 11.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.39 กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.68 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.01 และค่า Power เท่ากับ 0.99 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้จำนวน 50 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กรณีผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกระจายอยู่ในหลายตำบลของอำเภอราชไศล สามารถใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดตำบลเป็นชั้นภูมิเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของพื้นที่ ดังนี้

ขั้นที่ 1 รวบรวมจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในแต่ละตำบลของอำเภอราชไศล และจัดทำกรอบรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย

ขั้นที่ 2 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลตามสัดส่วนของจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในแต่ละตำบลเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดในอำเภอราชไศล (Proportional Allocation)

ขั้นที่ 3 สุ่มรายชื่อผู้ดูแลจากแต่ละตำบลตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ขั้นที่ 4 จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างติดต่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
2. มีประสบการณ์หรือปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสาร อ่าน ฟัง และเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้

5. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการติดตาม และการประเมินผลได้

6. สนใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่างดำเนินการวิจัย

2. ยุติบทบาทหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุรายที่รับผิดชอบได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

3. มีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดได้

4. ขอลงตัวออกจากการศึกษา โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือบริการสุขภาพที่พึงได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะประชากร ของประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แบบสอบถามทักษะและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล และการประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม(Focus Group) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นทั้งข้อมูล เชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิง

คุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนามโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของชุมชน และการสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนในระยของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descript Statistic) ได้แก่ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Un-adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่น 95%

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ หลังจากผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ตามโครงสร้างของการวิจัยแล้วนำเครื่องมือ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบคุณภาพพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ได้ค่า Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-224 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

สรุปผลการวิจัย

1. บริบทและการประเมินสถานการณ์

ผลการศึกษาระบบบริบทอำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีประชากรทั้งหมด 49,667 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 13,532 คน คิดเป็นร้อยละ 27.25 ของประชากรทั้งหมด และพบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มจากร้อยละ 8.40 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.50 ในปี 2567 สะท้อนถึงแนวโน้มภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน พื้นที่มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านหน่วยบริการ 14 แห่ง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุข รวมทั้งมีบริการพบแพทย์ทางไกล การติดตามผ่านแอปพลิเคชัน และการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม บทบาทของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง

จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกร่วมกับภาคีเครือข่าย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังมีข้อจำกัดสำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบติดตามและให้คำปรึกษาเชิงรุกยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายมีระดับ ADL ลดลงและเปลี่ยนจากติดบ้านเป็นติดเตียง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนยังจำกัด ประชาชนและผู้นำชุมชนยังรับรู้สถานการณ์และปัญหาไม่เพียงพอ 3) ผู้สูงอายุและครอบครัวยังมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ยั่งยืน เนื่องจากขาดแรงจูงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง 5) การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นโครงการระยะสั้นและขาดกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน และ 6) ชุมชนยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาจึงชี้ให้เห็นว่า แม้อำเภอราชสีไศลจะมีโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เอื้อ

ต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง และกลไกการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

2. กระบวนการดำเนินงานสร้างรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

การพัฒนาารูปแบบดำเนินการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 50 คน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตัวแทนภาคประชาชน และภาควิชาการ ผ่านการประชุมระดมสมอง การคืนข้อมูล และการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน โดยยึดวิสัยทัศน์ของอำเภอราชสีไศล “เมืองน่าอยู่ ผู้คนสุขภาพดี วิถีเศรษฐกิจพอเพียง” เป็นกรอบในการกำหนดแนวทางพัฒนา จากนั้น จัดตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน จัดทำแผนปฏิบัติการและปฏิทินกิจกรรมร่วมกัน พร้อมกำกับติดตามผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินการตามวงจร PAOR ประกอบด้วย 1) Planning การวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน 2) Action การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติ 3) Observation การติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาที่เกิดขึ้น และ 4) Reflection การสะท้อนผลและถอดบทเรียนเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และภาคประชาชน และนำไปสู่การพัฒนา ราชสีไศล CARE Model

รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ C: Capacity Building การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล A: Assessment and Individualized Care Plan การประเมินและวางแผน

แผนการดูแลรายบุคคล R: Responsive Support and Referral การสนับสนุน ติดตาม และส่งต่ออย่างเหมาะสม และ E: Empowerment, Environment and Evaluation การเสริมพลัง ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบองค์ประกอบด้าน Capacity Building มุ่งพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลผ่านการเรียนรู้จาก สถานการณ์จริงและการฝึกปฏิบัติ โดยจัดเป็น 6 ฐานการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ และ ADL 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 3) การดูแลด้านอาหาร ยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การเฝ้าระวัง สัญญาณอันตรายและการส่งต่อ และ 6) การสื่อสาร การดูแลด้านจิตใจ และการเชื่อมโยงกับทีม สุขภาพ องค์ประกอบด้าน Assessment and Individualized Care Plan เน้นการประเมินภาวะ สุขภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปัจจัยเสี่ยง สภาพแวดล้อม และศักยภาพของ ครอบครัว เพื่อนำไปจัดทำแผนการดูแลที่ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ละราย ขณะที่ Responsive Support and Referral มุ่งสร้างระบบติดตามและให้คำปรึกษาที่ เชื่อมโยงผู้ดูแล อสม. Care Manager หน่วยบริการ ปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และโรงพยาบาล ผ่าน การเยี่ยมบ้านและช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและส่งต่อได้ อย่าง ทัน ท่วง ที่ ส่วน Empowerment, Environment and Evaluation มุ่งเสริมพลัง ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การรับรู้สถานการณ์ การ ร่วมวางแผน การสนับสนุนทรัพยากร การติดตาม และการประเมินผล โดยมีเป้าหมายให้การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน ของทุกภาคส่วน

กลไกสำคัญของ ราชีไศล CARE Model คือ การเชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเข้ากับการ ดูแลรายบุคคลและระบบสนับสนุนจากเครือข่าย

สุขภาพ เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ เพิ่มขึ้น จะสามารถประเมินปัญหา ปฏิบัติตาม แผนการดูแล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และ ประสานส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลมี ความต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ช่วยคงหรือฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น ราชีไศล CARE Model จึงเป็นรูปแบบการ ดูแลเชิงระบบที่เชื่อมโยงระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ดูแลเป็น กลไกสำคัญในการเชื่อมการดูแลในชีวิตประจำวัน กับทีมสุขภาพ และมีภาคีเครือข่ายเป็นพลัง สนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ผลลัพธ์และการประเมินผล

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่างในการประเมินรูปแบบ จากแบบสัมภาษณ์ และคำถามปลายเปิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กลุ่ม ตัวอย่าง 50 คนแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 28.0 เพศ หญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 49.94 ปี (SD=10.01) อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเดือนละ 6,256.00บาท (SD= 3,193.63) ผลการประเมิน ประสิทธิภาพรูปแบบการส่งเสริมส่งเสริมการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้ความรู้เกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ การรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงส่งเสริมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและ การได้รับ ข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมี ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้เกี่ยวส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ ทดลอง 0.97 คะแนน (95%CI=-0.99-(-0.95)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ทัศนคติเกี่ยว ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 0.94 คะแนน

(95%CI=-0.97-(-0.91)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95% CI=-0.98-(-0.91)) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสาร

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน (95%CI=-0.99-(-0.95)) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

และ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ

หลังการทดลอง(n=50)

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความรู้เกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.02(0.07)	1.99(0.03)	-0.97	-0.99-(-0.95)	-98.04	<0.001**
การรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.06(0.10)	2.00(0.01)	-0.94	-0.97-(-0.91)	-63.90	<0.001**
การเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	1.04(0.08)	1.99 (0.04)	-0.95	-0.98-(-0.91)	-58.99	<0.001**
การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	1.03(0.07)	2.00(0.01)	-0.97	-0.99-(-0.95)	-97.89	<0.001**

p-value= 0.001

การเปรียบเทียบข้อมูลด้านส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือด้านด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้น 0.73 คะแนน ด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น 1.35 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น 0.58 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น 1.24 ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น 0.38 ด้านการสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น 0.1 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น13.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา (n=50) Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา (n=50) Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านสุขภาพกาย	1.05(0.19)	1.79(0.03)	-0.73	-0.78-(-0.68)	-28.48	<0.001**
ด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0.63(0.19)	1.99 (0.49)	-1.35	-1.41-(-1.29)	-48.83	<0.001**
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.42(0.49)	1.00(0.20)	-0.58	-0.72-(-0.43)	-8.22	<0.001**

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	0.72(0.25)	1.96(0.12)	-1.24	-1.32-(-1.16)	-31.99	<0.001**
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.36(0.59)	1.74(0.44)	-0.38	-0.56-(-0.19)	-4.22	<0.001**
ด้านการสูบบุหรี่	1.68(0.65)	1.78(0.41)	-0.1	-0.18-(-0.01)	-2.33	<0.024
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	95.10(6.06)	109.00(5.81)	13.90	12.26-15.53	17.09	<0.001**

P-value =0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการติดตามและสะท้อนผลร่วมกัน ผลการศึกษาระยะแรกสะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่แม้จะมีโครงสร้างบริการสุขภาพรองรับอยู่แล้ว แต่กระบวนการดูแลยังขาดความชัดเจนและความต่อเนื่องในบางส่วน ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหามิสามารถมุ่งเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลควบคู่กับการจัดระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาคืนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและจัดกระบวนการระดมสมองเพื่อร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาปัญหาร่วมกัน การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแล การจัดบริการสุขภาพที่เอื้อต่อ

การเข้าถึง การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ในการให้ความรู้และคำปรึกษา ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่อง ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และการเชื่อมโยงบริการระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้สื่อและเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนา ราชสีห์ CARE Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) C: Capacity Building การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ 2) A: Assessment and Individualized Care Plan การประเมินปัญหาและจัดทำแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย 3) R: Responsive Support and Referral การจัดระบบสนับสนุนการติดตาม และการส่งต่อที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และ 4) E: Empowerment, Environment and Evaluation การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล การนำความรู้ไปใช้กับผู้สูงอายุรายบุคคล การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ไปจนถึงการสร้างความร่วมมือในระดับครอบครัวและชุมชน จึงทำให้รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นระบบการดูแลมากกว่าการเป็นเพียงกิจกรรมอบรมระยะสั้น

ผลการประเมินหลังนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแล การเข้าถึงบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการพัฒนาผู้ดูแลด้วยกระบวนการที่เน้นทั้งความรู้ การฝึกปฏิบัติ การได้รับคำปรึกษา และการมีเครือข่ายสนับสนุนสามารถช่วยเพิ่มความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองดีขึ้นหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพบางประการในทิศทางที่เหมาะสม โดยความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลมีได้ส่งผลเฉพาะต่อตัวผู้ดูแล แต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้วย

ผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การเสริมพลังให้ผู้ดูแลและเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลปัญหา การร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาในฐานะความรับผิดชอบร่วมกันของชุมชน มากกว่าจะมองว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว กระบวนการนี้ช่วยสร้างทั้งความรู้ ความมั่นใจ แรงจูงใจ และความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต่อเนื่องของการดูแล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงศ์ ณะขว้าง¹⁴ และอรรธรณ แผนคง¹⁵ ซึ่งพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของอินทิดา เตชะสังข์¹⁶ ซึ่งพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพบว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจ การมีทีมที่ปรึกษา การใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์ การบูรณาการงบประมาณและทรัพยากร ตลอดจนการกำหนดเป็นนโยบายระดับพื้นที่ ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ ราชิไศล “CARE Model” โดยเฉพาะองค์ประกอบด้าน Responsive Support and Referral และ Empowerment ที่มุ่งเชื่อมโยงผู้ดูแลกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตรกรวณะรักษ์¹⁷ และวัชรินทร์ ศรีสมโภชน์¹⁸ ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ารูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริง และทำให้ผู้ดูแลและชุมชนตระหนักว่าปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นประเด็นที่ต้องร่วมกันแก้ไข รวมถึงการศึกษาของศตวรรษ ศรีพรหม¹⁹ ซึ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยใช้ Wellness Plan เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการดูแลรายบุคคล และการศึกษาของสุปราณี บุญมี²⁰ ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ผลการศึกษาทั้งหมดสนับสนุนแนวคิดว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดผลอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องเชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ^{22,23}

อีกทั้งการศึกษานี้ยังมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถทำหน้าที่ได้มากกว่าการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน แต่สามารถ

ประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และ ประสานต่อกับทีมสุขภาพเมื่อพบปัญหาเกิน ศักยภาพของตนเอง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของรัชฎา เพชรสีห์มื่น²⁴ และภราดล จันทพร²⁵ ซึ่งพบว่าการให้ความรู้และพัฒนา ทักษะของผู้ดูแลในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สะท้อนว่าผู้ดูแลถือเป็น ทรัพยากรบุคคลสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว และการลงทุนพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสามารถ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้โดยตรง

มิติเชิงนโยบาย ราชิไศล “CARE Model” ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580 โดยเฉพาะด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนา คนทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพและสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างเหมาะสม การพัฒนาผู้ดูแลให้มีสมรรถนะใน การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการพัฒนาศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์ในระดับครอบครัวและชุมชน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน รูปแบบดังกล่าวยังสนับสนุนแนวคิด การสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ สุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่ม ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง การจัดบริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน และการเชื่อมโยงผู้ดูแลกับทีม สุขภาพจึงช่วยนำบริการไปถึงผู้สูงอายุและลด ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสอดคล้องกับ การศึกษาของNor Faiza²⁶ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วม ของชุมชน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการ เชื่อมช่องว่างระหว่างรุ่นและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยัง ทบทวนบทบาทของผู้กำหนดนโยบาย และผู้นำ ชุมชน เพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ครอบคลุมและ เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากขึ้น

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่มีประสิทธิภาพไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ ความรู้แก่ผู้ดูแล แต่ควรประกอบด้วยการประเมิน ปัญหารายบุคคล การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล การมี ระบบสนับสนุนและส่งต่อที่ชัดเจน ตลอดจนการ เสริมพลังครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามา มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ราชิไศล “CARE Model” จึงเป็นรูปแบบที่เชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพ บุคคลกับการจัดระบบบริการและการมีส่วนร่วม ของชุมชน ส่งผลให้ทั้งผู้ดูแลมีความพร้อมในการ ดูแล ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการ และภาคีเครือข่ายเกิดกลไกการ ทำงานร่วมกัน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในบริบทพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงผลต่อ ADL ภาวะแทรกซ้อน อัตราการเข้ารักษาใน โรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และภาระ ของผู้ดูแล เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เน้นการ ประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินงาน จึงควรมี การติดตามต่อเนื่องเพื่อยืนยันความยั่งยืนของ ผลลัพธ์

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับต้นทุน และความคุ้มค่าของรูปแบบ โดยเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาผู้ดูแล การเยี่ยมบ้าน และ ระบบติดตาม กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การลดการ เข้ารักษาในโรงพยาบาล การลดภาวะแทรกซ้อน และการลดระดับการพึ่งพิง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิง ประจักษ์ในการประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Ageing: Global population. 2018.
2. United Nations, ageing Societies - Social Development. 2015.
3. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. 2559.

4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานสถานการณ์โรค. 2561.
5. HDC, รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ. 2024: Sisaket.
6. Kemmis, S., & McTaggart, R, Participatory Action Research. In Handbook of Qualitative Research. 2000: Thousand Oaks.
7. Green, L.W., & Kreuter, M.W. , Health Education Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, 1999.
8. Gielen, A.C., McDonald, E. M., Gary, T. L., & Bone, L. R. , Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 2008. 4: p. 407-433.
9. John M. Cohen, N.T.U., Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 1980. 8(3): p. 213-235.
10. Lockett, M., Popular Participation in Planning for Basic Needs. The China Quarterly, 1986. 107: p. 546-547.
11. ชูติภา แก้วลือ, ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ ตำบลบึงไฮ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. 2567.
12. Kumchan, J., Namyota, C., & Wongkongdech, A, The development of a model for promoting health behaviors in risk groups for diabetes prevention in the community, Na Dun Subdistrict, Na Dun District, Maha Sarakham Province. 2024. 13(1): p. 63-73.
13. ชัยวิทย์ชัย ปัญญาผลงา, การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 2022. 10(2): p. 223-238.
14. วุฒิพงศ์ ธนะขำ, ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดเตียง อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2021. 17(1): p. 64-75.
15. อรรณพ แผนคง, ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ. Nursing Research and Innovation Journal, 2010. 16(1): p. 1-13.
16. ไพฑูริย์ ต้นคงจำรัสกุล, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2024. 10(04): p. 160-160.
17. Jittakorn Wanarak, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. Journal of Health Science of Thailand, 2021. 30(2): p. 285-294.
18. วชิรินทร์ ศรีสมโภชน์, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2026. 11(2): p. 15-27.
19. ศตวรรษ ศรีพรหม, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอขุนยี่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2023. 8(1): p. 378-391.
20. นิสาชล นาคกุล, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 2021. 4(2): p. 27-39.
21. จิตติพร รัตนแก้ว, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาพภูมิและสาธารณสุข, 2025. 3(2): p. 305-321.
22. สุปราณี บุญมี, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน, 2020. 5(04): p. 38-38.
23. อัมราภรณ์ ภูระยา, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 2026. 6(1): p. e279179-e279179.

24. ภาคล จันทพรหม, การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านหลักสูตร CG เขียวชาญ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 2024. 9(4): p. 727-737.
25. รัชฎา เพชรสีหมื่น, ผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2025. 10(2): p. 85-95.
26. Tohit, N.F.M. and M. Haque, Preparing the younger generation for an aging society: Strategies, challenges, and opportunities. Cureus, 2024. 16(7).