

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

# Development of a long-term care system for the elderly with dependency Under the mechanism of the District Quality of Life Development Committee, Kamphaeng Phet Province

Sonthaya Plonkhot

Public Health Office, Mueang District, Kamphaeng Phet Province

Received: July 16, 2025 | Revised: September 2, 2025 | Accepted: September 8, 2025

### Abstract

This action research aimed to develop a long-term public health care model for dependent elderly under the mechanism of the District Quality of Life Development Committee in Kamphaeng Phet Province. 1) Use the questionnaire with the District Quality of Life Development Committee of 11 districts and 110 dependent elderly people or their caregivers. 2) The model development process was carried out between December 2024–May 2025. The study results found that: the long-term public health care model for the dependent elderly under the mechanism of the District Quality of Life Development Committee in Kamphaeng Phet Province include: 1) Long-term care (LTC) policy determination as an ODOP issue 2) Creating awareness to create cooperation from families, communities and network partners 3) Developing the potential of CM CG, village health volunteers and community leaders 4) Continuing care at home by the family medicine team 5) Support from local government organizations and various sectors. After participating in the development, the District Quality of Life Development Committee had more knowledge and participation in the operation, and the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ) compared to before participating in the development. Dependent elderly people or their caregivers had increased satisfaction with the long-term care system and had a statistically significant difference from before participating in the development ( $p < 0.05$ ). The recommendations are to develop the capacity of family caregivers and create cooperation in caring for the elderly with dependency and to study and develop a model of District Quality of Life Development Committee in implementing long-term public health care for the elderly with dependency (LTC).

**Correspondence:** Sonthaya Plonkhot

**E-mail:** [sonthaya\\_aui2904@hotmail.com](mailto:sonthaya_aui2904@hotmail.com)

## การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดกำแพงเพชร

สนธยา พลโคตร

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร

วันรับ: 16 กรกฎาคม 2568 | วันแก้ไข: 2 กันยายน 2568 | วันตอบรับ: 8 กันยายน 2568

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร 1) ใช้แบบสอบถามกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 11 อำเภอ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล จำนวน 110 คน 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567-พฤษภาคม 2568 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) เป็นประเด็น ODOP 2) สร้างการรับรู้เพื่อสร้างความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่าย 3) พัฒนาศักยภาพ CM CG อสม. และผู้นำชุมชน 4) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัว 5) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ หลังเข้าร่วมการพัฒนา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ข้อเสนอแนะคือควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวและสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทำการศึกษาพัฒนา พชอ. ต้นแบบในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ติดต่อผู้พิมพ์: สนธยา พลโคตร

อีเมล: sonthaya\_aui2904@hotmail.com

Keywords	คำสำคัญ
Long-term care	การดูแลระยะยาว
District Quality of Life Development Committee	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
Dependent elderly	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## บทนำ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care for the Elderly) ซึ่งเป็นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11(13) โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงาน เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<sup>(1)</sup> โดย สปสช. มีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท. ระดับตำบล) ซึ่งอยู่ในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต.) โดยยึดหลักให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก มุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่มีการคาดประมาณว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี พ.ศ. 2583<sup>(2)</sup> การเพิ่มขึ้นนี้ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งหรือปล่อยให้ตามลำพังมากขึ้นเนื่องจากบุตรหลานวัยแรงงานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน<sup>(3)</sup> และยังพบว่าผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ยังคงทำงานและร้อยละ 43 ทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว<sup>(4)</sup>

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้กำหนดให้ทุกอำเภอดำเนินการตำบลส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ให้ผ่านเกณฑ์ทั้ง 7 องค์ประกอบ และได้กำหนดแนวทางการบริหารจัดการภายใต้โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดูแลระยะยาว (Long Term Care) ผ่านระบบ 3C (Care Manager: CM; Care Giver: CG และ Care Plan: CP) โดยสนับสนุนงบประมาณในการดูแลแบบเหมาจ่ายรายละ 5,000 บาท (ปี พ.ศ. 2559) 6,000 บาท (ปี พ.ศ. 2566) และ 10,442 บาท (ปี พ.ศ. 2567) โดยให้หน่วยบริการสาธารณสุขสนับสนุนระบบบริการดูแลระยะยาวบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ในลักษณะจิตอาสาตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP)<sup>(5)</sup> เช่นเดียวกับจังหวัดกำแพงเพชร<sup>(6)</sup> ได้ร่วมดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้นและพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มี CM ผ่านการอบรม จำนวน 259 คน แต่ปฏิบัติงานจริง 188 คน (ร้อยละ 72.58, ลาออก 1 คน ย้ายงาน 70 คน) ในส่วนของ CG ผ่านการอบรม จำนวน 2,057 คน ปฏิบัติงานจริง 1,844 คน (ร้อยละ 89.64) เมื่อศึกษาปัญหาเชิงลึกจะพบว่าหลายหน่วยบริการไม่ดำเนินการต่อ เนื่องจากปัญหาเรื่องการจัดหาเอกสารหลักฐานทางการเงิน ปัญหาด้านผู้ดูแล (CG) จะดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะในหมู่บ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ไม่ยอมไปหมู่บ้านอื่น ประกอบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม CM และหลายแห่งไม่มีบุคลากรสาธารณสุข จึงถือได้ว่าเป็นอุปสรรคอย่างมากในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวให้ประสบผลสำเร็จได้มากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดกำแพงเพชร” ขึ้น โดยหวังผลในการกำหนดประเด็น “ผู้สูงอายุ” เป็นประเด็นสุขภาพของแต่ละอำเภอเพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ธันวาคม 2567-พฤษภาคม 2568

## วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart<sup>(7)</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (P-A-O-R) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามโครงการการดูแลระยะยาว ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนธันวาคม 2567-พฤษภาคม 2568

โครงการนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรเลขที่ 67 02 18 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567

กิจกรรมการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ และการศึกษาบริบทการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ชุดคือ 1) แบบสอบถามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบหรือเติมข้อความในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบถูก หรือผิด (จำนวน 20 ข้อ/20 คะแนน) ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (จำนวน 25 ข้อ/125 คะแนน) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด 2) แบบสอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 กับส่วนที่ 2 ใช้ข้อคำถามเช่นเดียวกับแบบสอบถาม พชอ. ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (จำนวน 30 ข้อ/150 คะแนน) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยไปทดลองใช้ในพื้นที่เทศบาลตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (เนื่องจากเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลระยะยาว) จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่า KR-20 ของแบบวัดความรู้ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว เท่ากับ 0.86, 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร

## ชั้นวางแผน (Planning: P)

### ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ และการศึกษาริบท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้ของเด่นนภา ทองอินทร์<sup>(12)</sup> เนื่องจากเป็นการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้จริง เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลระยะยาวจังหวัดกำแพงเพชร

แบบสอบถามชุดที่ 1 เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้ง 11 อำเภอในจังหวัดกำแพงเพชร

แบบสอบถามชุดที่ 2 เก็บข้อมูลจากตัวแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากระยะที่ 1 นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ (พชอ. ที่สมัครใจเข้าร่วมในการพัฒนา) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (ชั้นลงมือปฏิบัติ: Action) ในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่

### ชั้นลงมือปฏิบัติ (Action: A)

เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยมีกิจกรรมดังนี้

- 1) CG ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) CM กำกับการปฏิบัติงานของ CG
- 3) ทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4) กปท. พชอ. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 5) กิจกรรมอื่นๆ ที่คณะทำงานฯ ได้ออกแบบระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละพื้นที่

### ชั้นสังเกตผล (Observation: O)

1) ผู้วิจัยสังเกต และประเมินความรู้ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ที่สมัครใจเข้าร่วมในการพัฒนา)

2) ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลที่มีต่อระบบการดูแลระยะยาวที่ได้พัฒนาขึ้น

### ชั้นสะท้อนผล (Reflection: R)

1) ผู้วิจัยร่วมประชุมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ที่สมัครใจเข้าร่วมในการพัฒนา) เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

2) สรุปถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อกำหนดแผนการพัฒนาในวงรอบต่อไป ผู้วิจัยและทีมงานจึงได้นำวิธีการและกระบวนการที่ได้รับการปรับปรุงนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกำกับ ติดตามการปฏิบัติของญาติผู้ดูแล ต่อจาก PAOR 2 โดยสนับสนุนการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จพร้อมทั้งดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา ตามวงรอบ PAOR 3....4 ต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเป็นการวนรอบ P-A-O-R เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

โดยเน้นผลลัพธ์ที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในคณะกรรมการ พชอ. โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน และในขั้นตอนสุดท้ายจะทำการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาว ได้แก่

- 1) ตัวชี้วัด LTC เช่น การดูแลตาม care plan, การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ADL, การเปลี่ยนกลุ่มภาวะฟุ้งฟิง เช่น เปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้าน เป็นติดสังคม หรือ ติดเตียง เป็นติดบ้าน เป็นต้น
- 2) การประเมินตำบล LTC 6 องค์ประกอบ (เพื่อประเมินความร่วมมือในการพัฒนา)
- 3) การเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

### วิธีการเก็บข้อมูล

#### 1. ขั้ววางแผน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ชี้แจงโครงร่างวิจัย วัตถุประสงค์และแบบสอบถามแก่สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในฐานะเลขาฯ พชอ. และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย
- 2) ฝึกเทคนิคการสัมภาษณ์และชี้แจงการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วยนักวิจัย
- 3) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายทุกคนทั้ง 11 อำเภอในจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือผู้ดูแล
- 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามให้ครบ
- 5) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

#### 2. ขั้วพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของ พชอ.

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือคณะทำงานฯ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ (CM) กำกับ ติดตาม การปฏิบัติงานของ CG และประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาว ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. และประเมินความรู้ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือญาติผู้ดูแล (โดยใช้แบบสอบถามในระยะที่ 1) เพื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เป็นระยะ ๆ จนกว่าจะมีความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในระดับสูง และมีผลการประเมิน เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงทุกคนได้รับการดูแลตาม care plan และผ่านเกณฑ์การประเมินตำบล LTC 6 องค์ประกอบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. การเปรียบเทียบก่อนหลัง ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05
3. ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การตีความหมาย และจัดกลุ่มของข้อมูลที่ได้

### ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ และการศึกษาริบทการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

จังหวัดกำแพงเพชร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.2) มีอายุอยู่ระหว่าง 35-50 ปี (ร้อยละ 42.6, เฉลี่ย 44.80 ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.5) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 63.0) อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 55.6) ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน เป็นพนักงานราชการ (ร้อยละ 28.7) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพต่ำกว่า 15 ปี (ร้อยละ 59.7, เฉลี่ย 13.89 ปี) ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (ODOP) 5 อันดับแรก ได้แก่ NCDs (ร้อยละ 23.7) SMIV (ร้อยละ 19.1) และกลุ่มเปราะบาง (ร้อยละ 18.1) LTC (ร้อยละ 14.9) และอุบัติเหตุ (ร้อยละ 10.7) ร้อยละ 94.5 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว โดยได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ มากที่สุด (ร้อยละ 19.2) มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.6) รองลงมาคือระดับสูงและต่ำ (ร้อยละ 13.9 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.6) รองลงมาคือระดับสูงและต่ำ (ร้อยละ 29.2 และร้อยละ 28.2 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ข้อมูล (n = 216)	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	99	45.8
หญิง	117	54.2
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
<35 ปี	49	22.7
35-50 ปี	92	42.6
>50 ปี	75	34.7
— $\bar{X} = 44.80, SD. = 10.849, \min = 23, \max = 82$		
<b>3. สถานภาพ</b>		
โสด	54	25.0
คู่	148	68.5
หม้าย/หย่า/แยก	14	6.5
<b>4. การศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	50	23.1
ปริญญาตรี	136	63.0
สูงกว่าปริญญาตรี	30	13.9
<b>5. อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	1.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	10.1
เกษตรกรกรม	34	15.7
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	13	6.0
รับจ้างพนักงานบริษัท	19	8.8
ข้าราชการ	120	55.6
ข้าราชการบำนาญ	4	1.9

ข้อมูล (n = 216)	จำนวน	ร้อยละ
<b>6. ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน</b>		
นายอำเภอ	3	1.4
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	1	0.5
สาธารณสุขอำเภอ	11	5.1
นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	9	4.2
ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2	0.9
หัวหน้าส่วนราชการ	12	5.6
หัวหน้าฝ่าย/งาน สสอ./รพช.	21	9.7
ผอ.รพ.สต.	19	8.8
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	42	19.4
ตัวแทนภาคท้องถิ่น (อบต.สต.)	10	4.6
รอง ผอ.โรงพยาบาล	1	0.5
พนักงาน/ราชการ	62	28.7
ภาคประชาชน	23	10.6
<b>7. ประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพ (ปี)</b>		
<15 ปี	129	59.7
15-30 ปี	63	29.2
>30 ปี	24	11.1
— $\bar{X} = 13.89$ , $SD. = 11.863$ , $min = 1$ , $max = 45$		
<b>8. ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (n = 497)</b>		
กลุ่มเปราะบาง	90	18.1
SMIV	95	19.1
PM2.5	17	3.4
NCDs	118	23.7
LTC	74	14.9
โรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก	11	2.2
อุบัติเหตุ	53	10.7
โรคระบาด	2	0.4
มะเร็ง	34	6.9
ปัญหาฆ่าตัวตาย	3	0.6
<b>9. การได้รับข้อมูลข่าวสาร</b>		
ไม่ได้รับ	11	5.1
ได้รับแหล่งข้อมูล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 709)	205	94.5
วิทยุ โทรทัศน์	34	4.8
อินเทอร์เน็ต	95	13.4
คณะกรรมการอนุ LTC	105	14.8
บุคลากรของเทศบาล/อบต.	62	8.7
หน่วยบริการปฐมภูมิ	136	19.2
CM, CG	104	14.7

ข้อมูล (n = 216)	จำนวน	ร้อยละ
หอบกระจายขาว/เสียงตามสาย	37	5.2
ขาวประจาสัมพันธ์ของ สปสช.	94	13.3
สิ่งพิมพ์ (โปสเตอร์ แผ่นพับ)	42	5.9

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจำแนกตามระดับความรู้และการมีส่วนร่วมภาพรวม

ข้อมูล (n = 216)	ระดับความรู้		ระดับการมีส่วนร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	14	6.5	61	28.2
ระดับปานกลาง	172	79.6	92	42.6
ระดับสูง	30	13.9	63	29.2
	$\bar{X} = 13.24, SD. = 1.811,$ min = 6, max = 18		$\bar{X} = 84.26, SD. = 27.189,$ min = 25, max = 125	

ตารางที่ 3 ร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมภาพรวม จำแนกรายอำเภอ

การมีส่วนร่วม	อำเภอในจังหวัดกำแพงเพชร										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ระดับต่ำ	23.8	10.0	20.0	14.3	20.0	47.6	12.5	9.5	19.0	85.7	42.1
ระดับปานกลาง	57.2	70.0	30.0	47.6	46.7	4.8	25.0	81.0	47.6	14.3	42.1
ระดับสูง	19.0	20.0	50.0	38.1	33.3	47.6	62.5	9.5	33.3	0.0	15.8

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล เป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 51.8, เฉลี่ย 56.77 ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.7) การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 35.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 49.1) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 73.6, เฉลี่ย 8,315.45 บาท/เดือน) สิทธิการรักษาเป็นบัตรสวัสดิการ (บัตรทอง) (ร้อยละ 87.3) ส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ/บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 49.1) ร้อยละ 99.1 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว โดยได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 37.2) มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.8) รองลงมาคือระดับต่ำและระดับสูง (ร้อยละ 22.7 และร้อยละ 5.5 ตามลำดับ) มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.8) รองลงมาคือระดับสูงและระดับต่ำ (ร้อยละ 7.3 และร้อยละ 0.9 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามระดับความรู้และความพึงพอใจภาพรวม

ข้อมูล (n = 110)	ระดับความรู้		ระดับความพึงพอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	25	22.7	1	0.9
ระดับปานกลาง	79	71.8	101	91.8
ระดับสูง	6	5.5	8	7.3
	$\bar{X} = 12.55, SD. = 1.820,$ min = 7, max = 16		$\bar{X} = 105.20, SD. = 8.074,$ min = 86, max = 120	

ตารางที่ 5 ร้อยละของระดับความพึงพอใจภาพรวมจำแนกรายอำเภอ

ความพึงพอใจ	อำเภอในจังหวัดกำแพงเพชร											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
ระดับต่ำ	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ระดับปานกลาง	100.0	90.0	100.0	90.0	100.0	90.0	100.0	100.0	100.0	80.0	80.0	80.0
ระดับสูง	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	20.0

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร

เป็นการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ P-A-O-R ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart<sup>(7)</sup> ดังนี้

### 1. การวางแผน (Planning: P)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 เสนอต่อที่ประชุมประจำเดือนสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสะท้อนผลที่ได้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (ODOP) ซึ่งที่ประชุมได้ให้ความเห็นว่าปัญหาที่ผ่านมาสอดคล้องกับผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ส่วนใหญ่ไม่กำหนดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) เนื่องจากมีความเข้าใจว่าการดำเนินงานการดูแลระยะยาวเป็นเรื่องของสาธารณสุขและมีการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แล้วผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ซึ่งน่าจะดำเนินการได้ดีเพราะมีผู้ดูแล (CG) ในพื้นที่มี อสม. ช่วยเหลือดูแลและได้ร่วมกันวางแผน ซึ่งที่ประชุมขอความร่วมมืออำเภอที่มีผลการประเมินการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางก่อนไปทางต่ำ จำนวน 3 อำเภอ และอำเภอที่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับต่ำ เข้าร่วมการพัฒนา เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

- 1) การพัฒนาศักยภาพ/ฟื้นฟูความรู้ผู้จัดการระบบ (CM) ผู้ดูแล (CG) (ตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง)
- 2) การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการประเมิน/คัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
- 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน
- 4) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่สมัครใจเข้าร่วมการพัฒนาจัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่

### 2. การลงมือปฏิบัติ (Action: A)

การปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนนี้ มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้วางแผนไว้ดังนี้

- 1) การอบรมฟื้นฟู CM CG จัดโดยศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

2) หน่วยบริการสาธารณสุขจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการประเมิน/คัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

3) ชี้แจงแบบคัดกรอง ADL เพื่อสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุขจะทำการประเมิน/คัดกรองเพื่อให้เข้าถึงระบบการดูแล

4) CG ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan) ตามรายการที่ได้รับการมอบหมายและมีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลกับ CM

5) CM กำกับการปฏิบัติงานของ CG และให้การช่วยเหลือ/แนะนำในรายที่มีปัญหา/เกินขีดความสามารถของ CG และมีการประสานส่งต่อข้อมูลให้กับทีมเวชศาสตร์ครอบครัว

6) ทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งนอกจากจะให้การดูแลผู้สูงอายุแล้วยังเป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลักในครอบครัวในการดูแลตามปัญหา/สถานการณ์ (Training on the Job)

7) กปท. พขอ. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การช่วยเหลือ เช่น การปรับสภาพบ้าน การดูแลในการดำรงชีวิตและสร้างขวัญ-กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัว

8) กิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้ออกแบบระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละพื้นที่

### 3. การสังเกตผล (Observation: O)

จากการเยี่ยมชมเสริมพลัง การสังเกต และการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มเป้าหมาย (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: พขอ.) พบว่า มีการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) ของ พขอ. มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน LTC มากขึ้น ทั้งร่วมค้นหาจัดทำโครงการดูแลและจัดหาวัสดุ-อุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง CM CG อสม. ทีมหมอครอบครัว และผู้นำชุมชน มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานมากขึ้น หลังเข้าร่วมการพัฒนา 12 สัปดาห์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละคณะกรรมการพัฒนา พขอ. จำแนกตามระดับความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้ (n = 82)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	7	8.5	4	4.9
ระดับปานกลาง	68	83.0	65	79.3
ระดับสูง	7	8.5	13	15.9
	$\bar{X} = 12.90, SD. = 1.690,$ min = 8, max = 18		$\bar{X} = 13.33, SD. = 1.685,$ min = 8, max = 18	

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละคณะกรรมการ พชอ. จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม (n = 82)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	39	47.6	39	47.6
ระดับปานกลาง	22	26.8	20	24.4
ระดับสูง	21	25.6	23	28.0
	$\bar{X} = 73.90, SD. = 33.765,$ min = 25, max = 125		$\bar{X} = 74.43, SD. = 33.383,$ min = 25, max = 125	

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ก่อนและหลังการพัฒนา

ค่าเฉลี่ย (n = 82)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P- value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว	12.90	1.690	13.33	1.685	-7.092	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว	73.90	33.765	74.43	33.383	-4.544	<0.001**

\*\*p<0.001

#### 4. การสะท้อนผล (Reflection: R)

ผลการดำเนินกิจกรรมข้างต้นพบว่าประชาชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ครอบครัวให้ความสนใจมีส่วนในการรับรู้และร่วมวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan และปฏิบัติการดูแลตามคำแนะนำของทีมเวชศาสตร์ครอบครัว แต่ปัญหาที่พบคือมีภาวะเครียด ขาดรายได้ และบางคนเกิดการเจ็บป่วย ส่วนวัสดุที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนคือผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และต้องการให้มีการเยี่ยมจากทีมสุขภาพให้บ่อยกว่าทุกวันนี้ หลังเข้าร่วมการพัฒนา 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวมากขึ้น

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความพึงพอใจ (n = 40)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1	2.5	1	2.5
ระดับปานกลาง	34	85.0	30	75.0
ระดับสูง	5	12.5	9	22.5
	$\bar{X} = 105.83, SD. = 8.944,$ min = 86, max = 120		$\bar{X} = 106.38, SD. = 9.475,$ min = 86, max = 120	

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล ก่อนและหลังการพัฒนา

ค่าเฉลี่ย (n = 40)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P- value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว	105.83	8.944	106.38	9.475	-2.676	0.011*

\*p<0.05

รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไก  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย

- 1) การกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) เป็นประเด็น ODOP ของ พชอ.
- 2) สร้างการรับรู้เพื่อสร้างความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่าย
- 3) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการ (CM) ผู้ดูแล (CG) อสม. และผู้นำชุมชน
- 4) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัว
- 5) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนตำบล และภาคส่วนต่าง ๆ

## วิจารณ์

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบ  
การดูแลระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูงและระดับต่ำ ซึ่งถึงแม้ว่ามากกว่าครึ่ง  
จะประกอบอาชีพรับราชการ แต่เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพต่ำกว่า 15 ปี  
(เฉลี่ย 13.89 ปี) จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง  
ทั้งที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว (ร้อยละ 94.5) โดยได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ  
มากที่สุดแต่เนื่องจากการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ  
(ODOP) ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพียงร้อยละ 14.9 โดยส่วนใหญ่  
จะสนใจในเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ  
ก่อความรุนแรง (SMI-V) และกลุ่มเปราะบาง จึงเป็นผลให้คณะกรรมการฯ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  
ระบบการดูแลระยะยาวยังไม่ดีพอทั้งภาพรวมและรายด้าน แต่หากพิจารณาการมีส่วนร่วมรายอำเภอพบว่า  
ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ยกเว้นอำเภอลำดับที่ 6, 10, 11 ที่มี  
ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาทางต่ำ และพบปัญหาการมี  
ส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มี  
ภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัญหาการ  
จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) ด้านผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะและ  
ความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ต้องการการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้สูงอายุแทนในบางวัน/  
บางกิจกรรม 2) ด้านผู้นำชุมชน มองว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการ ในส่วน  
ของท้องถิ่น มีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณเท่านั้น 3) ด้านการจัดบริการ ทีมสหวิชาชีพมีนโยบายที่เป็น  
ลักษณะของการดูแลต่อเนื่อง การดูแลระยะยาวและการดูแลระยะท้าย มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ  
แต่ขาดการบูรณาการการดูแล<sup>(8)</sup> โดยก่อนดำเนินงานระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกด้านในระดับ  
ปานกลาง<sup>(9)</sup> สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ปัญหา  
การสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล/ครอบครัว การเข้าถึงบริการ  
ขาดการสนับสนุนทางสังคม และการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว<sup>(10)</sup> และการศึกษาพบว่า การดูแล  
ระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นการดูแลโดยครอบครัว สำหรับชุมชนมีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง  
เช่น การมีกิจกรรมร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบางโอกาสเฉพาะกิจทั้งนี้การดูแลใน  
ครอบครัวพบว่าเป็นการดูแลโดยบุตร คู่สมรส ญาติ และโดยเพื่อนบ้านตามลำดับ<sup>(11)</sup>

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูงและระดับต่ำ เมื่อจำแนกรายอำเภอพบว่ามีความพึงพอใจในระดับปานกลางและสูง ยกเว้นอำเภอลำดับที่ 4 ที่มีความพึงพอใจภาพรวม ความพึงพอใจในอรรถยาศัย/ความสนใจของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ แต่หากพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยพบความพึงพอใจในอรรถยาศัย/ความสนใจของผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ และปัญหาการได้รับการบริการที่ตรงเวลา มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด พบได้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 56.77 ปี มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (เฉลี่ย 8,315.45 บาท) จึงต้องทำงานหนัก (เกษตรกรรม) ซึ่งถึงแม้จะเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว แต่ก็ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องที่ สปสช. จะจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเหมาจ่ายรายละ 6,000 บาท/ปี ปัจจุบันเพิ่มเป็น 10,442 บาท/ปี/ราย แต่เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาวจะมีผู้ดูแล (CG) ที่ผ่านการอบรมเข้าไปดูแลให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจัดสรรผ้าอ้อมสำเร็จรูปซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุนและญาติผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว<sup>(12)</sup> และพบว่าระบบบริการดูแลระยะยาวมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งสร้างความอุ่นใจ พึงพอใจให้กับครอบครัวของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล ในภาพรวมการจัดบริการมีความเหมาะสม เจ้าหน้าที่สามารถจัดบริการในครัวเรือน<sup>(13)</sup>

รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) เป็นประเด็น ODOP ของ พชอ. 2) สร้างการรับรู้เพื่อสร้างความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่าย 3) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการ (CM) ผู้ดูแล (CG) อสม. และผู้นำชุมชน 4) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัว และ 5) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนตำบล และภาคส่วนต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ที่เหมาะสมและจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้นได้นั้นนโยบาย LTC ต้องมีความชัดเจน สื่อสารเข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำไปกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan<sup>(14)</sup> รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี 5 องค์ประกอบคือ (1) การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการ (2) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (4) การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (5) การสนับสนุนทางสังคม<sup>(10)</sup> มีการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการ

ดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน<sup>(15)</sup> และพบว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน (The Best Care Plan) 2) ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart Care giver) 3) ระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน (Team Care Giver) และ 4) กิจกรรมการแจ้งเตือนการดำเนินงาน (Notifications monitor)<sup>(11)</sup>

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดกำแพงเพชร ที่สรุปได้มีดังนี้ 1) การสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน 2) การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพบว่า หลังเข้าร่วมการพัฒนา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ก่อนดำเนินการระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกด้านในระดับปานกลาง หลังดำเนินการระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมพบว่าหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ )<sup>(9)</sup> และการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม ความรู้ และการดูแลผู้สูงอายุ หลังการพัฒนามากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากทุกมิติ<sup>(16)</sup>

การศึกษานี้พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความแตกต่างจากการดำเนินการดูแลระยะยาวที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบดำเนินงานของบุคลากร/หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งถึงแม้นโยบายจากส่วนกลางต้องการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานโดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นเจ้าภาพหลักเนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายต่อราย/ปี ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ซึ่งอยู่ในการดูแลของ อปท. แต่เนื่องจาก อปท. ไม่มีบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดรับผิดชอบดำเนินงาน และที่ผ่านมา อปท.มองว่าเป็นงานฝาก และงานด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของสาธารณสุข แต่เมื่อมีการพัฒนาระบบการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผลให้เกิดความร่วมมือกันมากขึ้น

## สรุป

กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานมากขึ้น ทั้งการดูแลทางด้านสุขภาพ การจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการ และการดูแล อบรมงานวาระสุดท้ายของชีวิต

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สละเวลาในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบคุณนักวิชาการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการฉบับนี้ขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล ที่สมัครใจ เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Prime Minister. Announcement of the Office of the Prime Minister Re: Specification of Agencies with Powers, Duties, and Responsibilities for the Protection, Promotion, and Support of the Elderly in Various Aspects Under the Elderly Act, B.E. 2556 (No. 3) B.E. 2561. Bangkok: Office of the Prime Minister; 2018. (in Thai).
2. Kaewkhampa C. Development of the Operation Model of the District Health Board in Charing for the Elderly with Dependency, Pong District, Phayao Province. Pong District Public Health Office, Phayao Province; 2021. (in Thai).
3. Phutthison C, Phonsiriwatcharasin T. Solution to the Problem of an Aging Society in Thailand. Humanities and Social Research Promotion Network Journal. 2018;1(1):25–36.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). SITUATION OF THE THAI ELDERLY 2019. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 26] available from: [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf)
5. Ministry of Public Health. Project Management Guidelines for the Development of the Long-Term Care Service System for Dependent Older Persons. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
6. Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office. HDC-Report Senior Citizen Population Report Group, Fiscal Year 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 26] available from: <https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-subcatalog/ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0> (in Thai).
7. Kemmis, S. and Mc Taggart, R. The Action Research Planner. Melbourne: Deakin University Press; 1988.

8. Yaprakit P, Kongtahn O. The Devepoment of a Long Term Care Service for Dependent Elders in Nongsim sub-district, Borabue District, Mahasarakham Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2020;40(3):48–65.
9. Chantima P, Sareeso P. Application of the PEMEC strategy to strengthen community participation in for the care of dependent elderly in Srimuangchum sub-district Mae Sai District Chiang Rai Province. *Journal of health science research*. 2021;15(3):59–70.
10. Obouan P. The Elderly with Dependency Health Care Model on Elderly Care Givers in Families in Phontong Health Network. *Journal of Research and Health Innovation Development*. 2022; 3(2):96–107.
11. Namwong A, Nilkate E. The development of Long-term Care model for dependent elderly Community Participation in Bannayang Health Promoting Hospital Phrabatnasing Subdistrict Rattana-wapi District, Nong Khai Province [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 26] available from: <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/55.pdf> (in Thai).
12. Thongin D, Promasatayaprot V, Promarak T. The Development of Potential Care for the Elderly with Long-Term Care of the Elderly Fund of Hannangam Subdistrict Administration Organization Sibunrueang District Nongbualamphu Province. 2021;7(2):30–41.
13. Panunth C, Soontaraviratana B. Long-term Care System for Elderly Dependency: Provider Perspectives. *Journal of Health Science*. 2021;30(Suppl1):S87–101.
14. Kaewsringam P. Long-term care System and Quality of Life of Dependent Elderly, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2021;11(2):1–26.
15. Decharatanachart Y, Kochakote Y. Long-Term Care Model for the Elderly with Dependency. *Dhammathas Academic Jornal*. 2022;22(3):63–80.
16. Butduang P, Kongsrima S. The Development of Long-Term care systems for the Dependent Elderly in Hai Sok sub-district Ban Phue district Udonthani province [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 26] available from: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/>