

การพัฒนาแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7

ปาลิชาติ ชนะหาญ¹, สดุดิ ภูทองไสย², ภัฏญญา จันทรพล³, กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์⁴, อโนทัย ฝ่ายขาว⁵, พิสมัย ศรีทำนา⁶, ปิยเมณฑิ พฤกษชาติ⁷, อังคณา อึ้งปิติมานะ⁸, เมทินิ เมहनิตล⁹, เลยนภา โคตรแสนเมือง¹⁰, นิศาชล บุปผา¹¹

(วันที่รับบทความ: 7 กรกฎาคม 2568, วันที่แก้ไข: 15 ตุลาคม 2568, วันที่ตอบรับ 16 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 100 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากการคัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ผลการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีร้อยละ 78 และ รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบไปด้วย การวางแผนการดำเนินงาน การเบิกจ่ายงบประมาณ การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ติดตามการดำเนินงานและการรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินประสิทธิภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานฯ ผลการศึกษพบว่า ระดับความรู้ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการอบรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย 1.82 (SD = 2.40) ด้านทัศนคติและแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว มีผลต่างคะแนนเฉลี่ย 0.13 (SD = 0.52) $p\text{-value} = 0.013$ และด้านความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว มีผลต่างคะแนนเฉลี่ย 0.37 (SD = 0.81) $p\text{-value} < 0.001$

คำสำคัญ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ^{2,10}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, ^{3,8-9}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ,

⁴⁻⁷นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, ¹¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์

¹⁻⁵ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ⁶⁻⁹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ¹⁰โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภوتاคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

¹¹มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: นิศาชล บุปผา E-mail: nisachon@kku.ac.th

Development of Long Term Care Model for Elderly and People with Dependence in Care Manager : Health Region 7

Palichart Chanaharn¹, Sadudee phyhongsai², Kanya Chanpol³, Kornkaew Thirapongsawat⁴,
Anothai Faikaow⁵, Pisamai Sritumna⁶, Piyamon phugsachat⁷, Angkana Ungpitimana⁸,
Metinee Methaneedol⁹, loeinapa kotsanmaung¹⁰, Nisachon Bubpa¹¹

(Received 7th July 2025; Revised : 15th October 2025; Accepted 16th October 2025)

Abstract

This research using the research and development model. The sample group consisted of 100 elderly care managers who attended the training provided by Health Region 7 in fiscal year 2022. The sample size was selected by purposive sampling. Quantitative data was collected using a questionnaire, and qualitative data was collected by interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics were used, Paired t-test, and the level of statistical significance was set at p-value less than 0.05. The results of the study were that most were female (94%). Most of them held a bachelor's degree at most (78%). The operation model for long-term public health care for the elderly and long-term dependent people of elderly care managers in Health Region 7 consisted of operational planning, budget disbursement, care operations for the elderly and dependent people, monitoring operations, and reporting the results of care for the elderly and dependent people. The comparative effectiveness evaluation before and after using program the study found that the knowledge level of elderly care managers regarding long-term care operations significantly increased after the training ($p < 0.001$), with a mean score difference of 1.82 (SD = 2.40). In terms of attitudes and motivation toward long-term care operations, the mean score difference was 0.13 (SD = 0.52) with a p-value of 0.013. For readiness toward long-term care operations, the mean score difference was 0.37 (SD = 0.81), with a p-value of < 0.001 .

Keywords: Elderly care managers, Elderly health care, Long-term dependent people

¹ Registered Nurse (Professional Level), ^{2,10} Registered Nurse (Senior Professional Level), ^{3,8-9} Public Health Technical Officer, ⁴⁻⁷ Public Health Technical Officer (Senior Professional Level),

¹¹ Assistant professor ¹⁻⁵ Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen ⁶⁻⁹ Provincial Health Office ¹⁰ Tha Khantho Hospital ¹¹ Khon Kaen University

Corresponding Author: Nisachon Bubpa E-mail: nisachon@kku.ac.th Tel : 061-629 5445



บทนำ

ปี 2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super - Aging Society) โดยมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าอายุคาดเฉลี่ยภาวะสุขภาพดีของคนไทย ในปี 2558 มีค่าเท่ากับ 68.5 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 70.15 ในปี 2563 แต่ก็ยังสะท้อนให้เห็นว่าคนไทยไม่ได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งจะมีช่วงเวลาที่ต้องเจ็บป่วยหรือพิการ โดยจากข้อมูลพบว่าในปี 2558 คนไทยต้องเจ็บป่วยหรือพิการก่อนเสียชีวิตกว่า 8 ปี และจากข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลและมีหลักประกันสุขภาพ พบว่าคนไทยมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง รวมไปถึงโรคไตวาย จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นจึงต้องเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ ครอบครัวและสังคม⁽¹⁾

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุในระบบจำนวน 9,157,808 คน ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 7,686,415 คน (ร้อยละ

83.93) แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.69 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.68 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.63 และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความพิการ คิดเป็นร้อยละ 9.21 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ⁽³⁾ ซึ่งรัฐบาลให้ความสำคัญ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการส่งเสริมดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชน มาตั้งแต่ปี 2559⁽⁴⁾ จนถึงปัจจุบัน โดยกรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและดูแลระยะยาว โดยกิจกรรมที่สำคัญ คือ การพัฒนาหลักสูตรอบรมและดำเนินการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ได้ดำเนินการจัดการอบรมดังกล่าว มาตั้งแต่ปี 2558 ถึงปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มี 3 จังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุ >ร้อยละ 20 คือมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และขอนแก่น มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.9 21.7 และ 20.5 ตามลำดับ ส่วนจังหวัด กาฬสินธุ์มีประชากรผู้สูงอายุน้อยที่สุด ร้อยละ 17.9 จากการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของ ผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวม 4 จังหวัด มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.7 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 6.2 และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 1.1 และจากผลการวิจัยประเมินผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ



พบว่า รูปแบบการดำเนินงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงยังเป็นปัญหาในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 7 ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้เห็นปัญหาการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวให้สอดคล้องกับปัญหา และเกิดผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพยั่งยืนกับบริบทในพื้นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7

สมมุติฐาน หลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานฯ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจะมี

1. ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ทักษะและแรงจูงใจ ต่อการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ความพร้อมในการดำเนินงาน ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประชากรและกลุ่มอย่างตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ด้วยการสำรวจปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประชากร คือ ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 1,352 คน⁽⁵⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรมฟื้นฟูผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 100 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากการคัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากการจัดทำสนทนากลุ่ม ประชากร คือ ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 1,352 คน กลุ่ม



ตัวอย่าง คือ ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในพื้นที่ที่ดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต้นแบบ 4 อำเภอใน 4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากการคัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอ้อมตัวของข้อมูล ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 10 คน กลุ่มคณะกรรมการระบบการส่งเสริมดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 10 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด จำนวน 4 คน และกลุ่มผู้จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบและนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 พัฒนาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุข

สิรินธร ขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลขอนแก่น ปลัดเทศบาลตำบลหนองสองห้อง และ อาจารย์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น รวมถึงผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 40 เลือกพื้นที่ต้นแบบใน 4 จังหวัด เพื่อมาตรวจสอบความเป็นไปได้ และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 นำไปทดลอง (Try-out) กับใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลเองกับกลุ่มผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมาแล้วในปี 2564 จำนวน 30 คน ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดกาฬสินธุ์ จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ตามวิธีของ ครอนบาค (Cronbach) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมแล้วแบบสอบถามมีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (One-group



pretest-posttest design) รวมทั้งแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 มาปรับใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน หลังจากนั้น 3 เดือนมาประเมินผลการดำเนินงานจากกาปฏิบัติงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจาก 4 ประเด็น ได้แก่ การวางแผนการดำเนินงาน การเบิกจ่ายงบประมาณ การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ติดตามการดำเนินงาน และการรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนดำเนินการ 1) ทบทวนแนวทางการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 พร้อมคู่มือการดำเนินงาน 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตรวจสอบเนื้อหาารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข 4) ทดลองใช้กับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2565 ประเมินผลการดำเนินงานหลังจากทดลองใช้ 3 เดือน 5) นักวิจัยและทีมนักวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

และร่วมแลกเปลี่ยนและสร้างแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 6) สรุปวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติและแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน, การดำเนินงาน, การเบิกจ่ายงบประมาณ



, การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ติดตามการดำเนินงานและการรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ คือ แนวคำถามแบบสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ ในการถามคำถามจะถามกับผู้เชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ปลัดเทศบาลหนองสองห้อง, ผู้อำนวยการ รพ.สต.โนนคอม, หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, พยาบาลที่รับผิดชอบงาน LTC โรงพยาบาลท่าคันโท, ผู้รับผิดชอบงาน LTC หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้มาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ทำงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ถามผู้ที่มีการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 40 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และบันทึกข้อมูลเข้า

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

1.2 เปรียบเทียบคะแนนเกี่ยวกับความรู้ในการดำเนินงาน คะแนนเกี่ยวกับทัศนคติ และแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และคะแนนความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้าน การวางแผน ด้านองค์กร ด้านการประสานงาน และด้านการติดตามประเมินผล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 045 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2566 การวิจัยโดยยึดหลัก Belmont Report ประกอบด้วย 1. หลักความเคารพในบุคคล 2. หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และ 3. หลักความยุติธรรม เคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและสมัครใจ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 66 และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 58 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

	ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ	ชาย	6	6
	หญิง	94	94
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปริญญาตรี	78	78
	ปริญญาโท	22	22
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 1 ปี	66	66
	มากกว่าเท่ากับ 1	34	34
ตำแหน่งงาน	พยาบาลวิชาชีพ	58	58
	นักวิชาการสาธารณสุข	37	37
	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	3
	อื่นๆ	2	2

รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบไปด้วย

การวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นการดูแลโดยครอบครัว ลูก หลาน คู่สมรส ญาติและโดยเพื่อนบ้าน โดยมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงและได้รับการด้านสุขภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยบูรณาการและความร่วมมือระหว่างกันอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปในทิศทาง

เดียวกัน เริ่มจากการกำหนดนโยบาย คิด วางแผน และนำนโยบายสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

การเบิกจ่ายงบประมาณ งบประมาณหลักในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณโดยการเพิ่มงบประมาณเสริม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่นอกเหนือจากการดูแลด้านสวัสดิการสังคมที่เป็นภารกิจตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามปกติ เช่น มีการจัดทาสตูดอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มีฐานะยากจน มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan : CP) เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับ



ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

การพัฒนาฟื้นฟูความรู้แก่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ทั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติหน้าที่รายใหม่และฟื้นฟูองค์ความรู้ในกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลรายเก่า เป็นการปรับแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกันและลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน รูปแบบการจัดประชุม ประกอบไปด้วย ประเด็นสำคัญคือ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 2) ทักษะ และแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงาน และ 3) ความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

ติดตามการดำเนินงานและการรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผล

การดำเนินงานพบว่าการ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ครอบคลุมตามสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างรอบด้านมีการเชื่อมโยงและบูรณาการงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย รวมถึงสหวิชาชีพ ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระบบได้อย่างเหมาะสมผลการติดตามพบว่า การบูรณาการในการดำเนินงานสำหรับการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นการบูรณาการในการทำงานร่วมกันระหว่าง 1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7

1) เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการอบรม เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน	$\bar{X}$	$S.D$	t	df	p-value
ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการอบรม	1.82	2.40	7.580	99	<0.001

ผลการศึกษา ระดับความรู้ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว ทดสอบด้วยสถิติ (Pair t-test)

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย 1.82 (SD = 2.40) ซึ่งแสดง



ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพผลเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติและแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแล

ผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนอบรมและหลังอบรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทัศนคติ และแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว

ทัศนคติ และแรงจูงใจ	$\bar{X}$	S.D	t	df	p-value
ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติและแรงจูงใจ	0.13	0.52	2.539	99	0.013

ผลการศึกษา ทัศนคติและแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว ทดสอบด้วยสถิติ (Pair t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติและแรงจูงใจหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย 0.13 (SD = 0.52) p-value = 0.013

2) เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนอบรมและหลังอบรม

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว

ความพร้อม	$\bar{X}$	S.D	t	df	p-value
ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อม	0.37	0.81	4.556	99	<0.001

ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว ทดสอบด้วยสถิติ (Pair t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติและแรงจูงใจหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย 0.37 (SD = 0.81) p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 มีประเด็นนำมามีอภิปรายผล ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุประกอบไปด้วย การวางแผนการดำเนินงาน การเบิกจ่ายงบประมาณ การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ติดตามการดำเนินงานและการรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ



และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การบูรณาการในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์⁽⁶⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเป็นการรับผิดชอบหลักของคนในครอบครัวดูแล และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาคส่วนอื่นๆ ตามความสามารถและทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ การวางแผนการดำเนินงานเพื่อสอดรับสถานการณ์ทางประชากรของประเทศไทยที่เป็นสังคมสูงวัย การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมี ภาวะติดเตียง การเตรียมการด้านงบประมาณเพื่อรองรับการดูแลนับเป็นบทบาทสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามาดำเนินการ และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีความพร้อม⁽⁷⁾ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่เดิมหรือสรรหาเพิ่มเติมให้เพียงพอโดยการเตรียมความพร้อมทั้งทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต

2. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 การเปรียบเทียบความรู้ พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้เข้าร่วมก่อนการดำเนินการรูปแบบ เท่ากับ 12.96 และหลังอบรม มีคะแนนเฉลี่ย 14.11 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการพัฒนาความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.15 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ ร้อยละ 34 เป็นผู้ที่มี

ประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังเป็นการสร้างองค์ความรู้เฉพาะด้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เน้นการอธิบายยกสถานการณ์จริง มาประกอบและร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยจึงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพล เดชรัตน์ชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร⁽⁸⁾ การจัดให้มีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการส่งเสริมความรู้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมจะช่วยให้ทำงานได้อย่างยั่งยืน

เปรียบเทียบทัศนคติ และแรงจูงใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติ และแรงจูงใจต่อการดำเนินงาน ก่อนอบรมและหลังอบรมแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีการเพิ่มความเข้าใจในระบบบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบถ้วนในทุกมิติรวมทั้งการรับรู้และทราบบทบาทในการปฏิบัติตามหน้าที่ เกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลในการปฏิบัติหน้าที่⁽⁹⁾

เปรียบเทียบความพร้อมของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีมีความอดทนมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตนเองสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแล



สุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และถาวร สกุลพาณิชย์⁽¹¹⁾ การพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ยังคงมีความจำเป็นโดยประโยชน์ในการประชุมเพื่อปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การฟื้นฟูความรู้เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลระยะยาวการวางแผนการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนดไว้ในแผนลดขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ถูกต้องไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน โดยสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้แก่ เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย และเป้าหมายที่ 4 สร้างหลักประกันว่าทุกคนมีการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม และสนับสนุนโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า คะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเพียง 1.15 คะแนนหลังการอบรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพล เดชรัตน์ชาติ และยิ่งศักดิ์ ศุขโคตร⁽⁸⁾ ที่พบว่าการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มพูนความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญมากกว่า เหตุผลหนึ่งอาจมาจากกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ร้อยละ 34 มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้ว ส่งผลให้คะแนนความรู้ตั้งต้นสูงและเกิด ceiling effect จึงทำให้ค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นไม่สูงมากนัก นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าทัศนคติและแรงจูงใจของ

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนหลังอบรม แตกต่างจากการศึกษาของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์⁽⁶⁾ ที่ชี้ว่าทัศนคติของผู้ดูแลมักเปลี่ยนแปลงได้ช้าและต้องอาศัยการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เหตุผลที่ไม่สอดคล้องอาจเนื่องมา จากรูปแบบกิจกรรมอบรมที่ใช้กรณีศึกษาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเข้าใจบทบาทและความมั่นใจมากขึ้นในเวลาอันสั้น อีกทั้งบริบทของเขตสุขภาพที่ 7 มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง อปท. รพ.สต. และครอบครัวมากกว่าพื้นที่อื่น จึงเอื้อต่อการปรับทัศนคติและการนำไปปฏิบัติจริงได้รวดเร็วกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินงานและการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้ในการวางแผนและพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวด้าน

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมุ่งไปที่ผลลัพธ์ระยะยาว โดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้ในการถ่ายทอดสื่อสารความรู้และติดตามของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้และทบทวนที่ยังขาดอยู่

เอกสารอ้างอิง



1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย. อินเทอร์เน็ต. 2565 เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2567. เข้าถึงได้จาก <https://www.hiso.or.th/survey>.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ. ศ. 2564. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://eh.anamai.moph.go.th/article/article_20180625164331.pdf
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559.
5. ข้อมูลโปรแกรม 3C. อินเทอร์เน็ต. เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2565. เข้าถึงได้จาก <http://ltc.anamai.moph.go.th>.
6. วรพรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วิจัยการปก. 2560.
7. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา. กลไกของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลครัวเรือน เปราะบาง: กรณีศึกษาครัวเรือนข้ามรุ่น และครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว.(รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2561.
8. ยุทธพล เตชะรัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565; 22 (3): 64-80.
9. จิรภา อุดทิพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. 2557;91-8.
10. อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2560; 17 (3): 236-43.
11. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และถาวร สกุลพาณิชย์. การสังเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอในการพัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายของประเด็นสำคัญทางยุทธศาสตร์ประเด็นสุขภาพกับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2563.

