การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง

Development of a Long-Term Healthcare System for Elderly Individuals with Dependency through Community Participation, Phon Thong Hospital

พิทักษ์ โสนะชัย*

Pitak Sonachai

Corresponding author: E-mail: pitak.sonachai@gmail.com

(Received: February 14, 2026; Revised: February 20, 2026; Accepted: March 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 15 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 66 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart Care giver: Smart CG) 80 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งระยะการศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนา และระยะประเมินผลการระบบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - กันยายน 2568 โดยใช้แบบทดสอบ แบบประเมิน และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้ Percentage differences

ผลการวิจัย : (1) สภาวการณ์ดูแลระยะยาวในพื้นที่เผชิญกับ “อุปสรรคเชิงโครงสร้าง” ที่ส่งผลโดยตรงต่อความล้มเหลวในการส่งต่อการบริบาลอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งถูกซ้ำเติมด้วย “แรงกดดันทางเศรษฐศาสตร์คลินิก” และข้อจำกัดด้านสถาปัตยกรรมเชิงพื้นที่ที่ไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ ส่วนมิติทางสังคม เกิดจากพลวัตประชากรจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงานได้เร่งให้เกิดการเปลี่ยนผ่านสู่ “ครัวเรือนข้ามรุ่น”อันเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ก่อให้เกิดภาวะ Caregiver Burnout และ เกิด”ช่องว่างเชิงปฏิบัติ” (Practical Gap) หรือขาดบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ระหว่างภาคีเครือข่าย ส่งผลให้กลไกการดูแลระดับพื้นที่ขาดความเป็นรูปธรรมและประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อปัญหาที่มีความซับซ้อนในปัจจุบัน (2) ระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินและคัดกรอง การใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน (Identification) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping & Planning) และการจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental Modification) และ (3) ผลการประเมินระบบฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นถึง 66.7% และความรู้ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น 40.0% ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมากถึง 85.7%; กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทุกรายการ และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการทางด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มไม่ต้องพึ่งพา (ADL 12-20) เพิ่มขึ้นสูงถึง 26.1% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 10.0%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น และส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การมีส่วนร่วม; นวัตกรรมสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes : To investigate existing problems, develop a care system, and evaluate the effectiveness of a community-based long-term health care system for dependent elderly individuals at Phon Thong Hospital.

Study design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : The methodology of this study was structured to systematically develop and evaluate a long-term care system for dependent elderly individuals. The key informants comprised 15 members of the system development working group, while the study sample included 66 dependent elderly persons and 80 "Smart Caregivers" (Smart CG).The research process was divided into three distinct phases: the problem identification phase, the development phase, and the system evaluation phase. Data collection was conducted between October 2024 and September 2025, utilizing a suite of instruments including standardized tests, evaluation forms, and structured guidelines for focus group discussions. For the data analysis, descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation were employed. Furthermore, a comparative analysis of proportions was performed using percentage differences to determine the efficacy and progress of the developed system.

Conclusion and recommendations : (1) The situational analysis revealed that long-term care in the area faces "structural barriers" that directly impede seamless care transitions. These issues are exacerbated by "clinical economic pressures" and architectural constraints inconsistent with the physical limitations of the elderly. Socially, the migration of the working-age population has accelerated the transition to "skipped-generation households," a primary factor contributing to caregiver burnout. Furthermore, a "practical gap" exists due to a lack of strategic integration among stakeholders, resulting in local care mechanisms that lack concreteness and efficiency in addressing current complex challenges. (2) The developed long-term care system comprises screening and assessment activities, a peer-support mechanism (Identification), individualized care mapping and planning, and environmental modification, and (3) Regarding the system evaluation, the caregivers in the experimental group exhibited substantial positive transitions. Specifically, there was a 66.7% increase in the high-knowledge category and a 40.0% increase in the moderate-knowledge category. Conversely, the proportion of caregivers with low knowledge levels in the experimental group significantly plummeted by 85.7%. Furthermore, the experimental group demonstrated markedly higher mean scores in practical skills across all evaluated items compared to the control group. These improvements were directly associated with superior health outcomes in the elderly participants; the proportion of those attaining functional independence (ADL 12-20) rose to 26.1% in the experimental group, significantly outperforming the 10.0% observed in the control group.

Conclusion and Recommendations : This research successfully enhanced the knowledge and skills of practitioners providing care for dependent elderly individuals, subsequently improving the functional abilities and daily living activities of the target group.

Keywords : Long-term care system; Dependent elderly; Community participation; Health innovation

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Division, Phon Thong Hospital.

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่า อำเภอโพนทองได้ก้าวเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงวัยอย่างเต็มตัวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการขยายตัวของกลุ่มประชากรสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนรวมของผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 114 ราย เป็น 130 ราย ภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งปี สัญญาณนี้สะท้อนถึงประเด็นปัญหาเร่งด่วนในด้าน “ภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น” (Increased Care Burden) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของร่างกายแต่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 71 ราย เป็น 85 ราย สภาพปัญหานี้บ่งชี้ว่าพื้นที่อำเภอโพนทองกำลังเผชิญกับภาวะความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่จะขยับระดับเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงที่รุนแรงขึ้น[1] เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง คือกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มติดเตียงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นรวมกันเป็น 33 รายในปี พ.ศ.2567 สภาพปัญหาที่สำคัญคือ “ค่าใช้จ่ายในการบริบาลและความเปราะบางทางเศรษฐกิจ” เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์และต้องการการดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจระดับครัวเรือนในพื้นที่อำเภอโพนทองที่ส่วนใหญ่ยังมีรายได้ไม่แน่นอน[2] นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงยังส่งผลให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver Burnout) เนื่องจากสัดส่วนของอาสาสมัครบริบาลผู้สูงอายุ (Care CG) ต่อจำนวนผู้ป่วยเริ่มมีความไม่สมดุล ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลในระยะยาว[3]

ท่ามกลางการเปลี่ยนผ่านสู่โลกดิจิทัลอย่างก้าวกระโดดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2566 สังคมไทยต้องเผชิญกับความท้าทายสำคัญในการพาประชากรทุกกลุ่มข้ามผ่านกระแสเทคโนโลยีที่ถาโถม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ “ช่องว่างทางทักษะดิจิทัล” (Digital Gap) ไม่ใช่เพียงแค่อุปสรรคในการเรียนรู้สิ่งใหม่ แต่เปรียบเสมือนกำแพงที่ปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการพื้นฐานผ่านระบบแอปพลิเคชันของรัฐอย่างน่ากังวล[4] ยิ่งไปกว่านั้นช่องว่างดังกล่าวยังกลายเป็นจุดเปราะบางที่มิจฉาชีพใช้เป็นช่องทางในการล่อลวงผ่านกลวิธีออนไลน์และการโฆษณาชวนเชื่อด้านสุขภาพที่บิดเบือนความเป็นจริง ตามที่กัญญารัตน์ บุญมา[4] ได้ระบุไว้ ภัยคุกคามไซเบอร์เหล่านี้ไม่ได้ส่งผลกระทบเพียงแค่การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองเท่านั้น แต่ยังลุกลามไปถึงการบ่อนทำลายสุขภาวะและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าความฉลาดทางดิจิทัลไม่ใช่เพียงทักษะ ทางเทคนิค แต่คือเกราะคุ้มกันสำคัญในการดำรงชีวิตของพลเมืองสูงวัยในปัจจุบัน

เช่นเดียวกับผลการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและระดับประเทศ พบช่องว่าง 3 ประเด็นหลักที่งานของท่านจะเข้าไป “เติมเต็ม” ได้แก่ (1) Practical Gap (ช่องว่างเชิงปฏิบัติ) งานส่วนใหญ่มักเน้น “การอบรม” (Training) แต่ขาด “การติดตามและกำกับดูแล” (Monitoring & Supervision) อย่างเป็นระบบ (2) Continuity of Care Gap (ช่องวางความต่อเนื่อง): มักมีการแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนงานของท่านใช้ Smart CG และ Case Conference เป็นสะพานเชื่อมที่ทำให้รอยต่อของการดูแลหายไป และ (3) Contextual Gap (ช่องว่างเชิงบริบท) การพัฒนา Model ในพื้นที่ถึงเมืองกึ่งชนบทที่มีลักษณะเฉพาะตัวแบบอำเภอโพนทอง ยังไม่ถูกถอดบทเรียนเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการ (Process Innovation) ที่ชัดเจน “แม้ว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) ของประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ช่องว่างสำคัญ คือความไม่ต่อเนื่องของระบบการดูแลเมื่อผู้สูงอายุกลับสู่ชุมชน[4] ซึ่งมักเกิดจากการขาดกลไกการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและผู้ดูแลในชุมชน นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล (Caregiver) แต่ยังขาดการพัฒนาระบบสนับสนุน (Support System) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถ

ปฏิบัติงานได้อย่างยั่งยืนและมีมาตรฐาน[5] ความท้าทายนี้จึงนำมาสู่คำถามวิจัยว่า จะพัฒนาระบบการดูแลอย่างไรให้เกิดความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน[6] งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนา “รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” โดยใช้พื้นที่อำเภอโพนทองเป็นฐาน เพื่อสร้างนวัตกรรมเชิงกระบวนการ 5 ระบบย่อย ที่ไม่เพียงแต่เน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ยังเน้นความเข้มแข็งของเครือข่ายดูแลในระดับพื้นที่ ซึ่งจะเป็นการปิดช่องว่างเชิงปฏิบัติการและสร้างโมเดลต้นแบบที่เป็นรูปธรรม

อาจกล่าวได้ว่าพัฒนาการโดยรวมของการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อให้การคุ้มครองดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของรัฐบาลนั้น มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องชัดเจน อีกทั้งมีความก้าวหน้ามากขึ้นโดยตามลำดับคู่ขนานไปกับการได้รับร่วมมือและความสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมากขึ้นด้วยปัจจัยสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้การดำเนินงานของผู้สูงอายุมีความก้าวหน้ามากขึ้นในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา ก็คือ ความรู้ความเข้าใจในเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งความตระหนักในเรื่องของสังคมสูงวัย ที่ได้นำมาซึ่งความร่วมมือกันและร่วมบูรณาการความรู้และทรัพยากรอย่างใกล้ชิด รวมไปจนถึงความสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องตลอดจนภาคธุรกิจเอกชน ตลอดจนองค์กรสาธารณประโยชน์และภาคประชาชนและองค์กรเครือข่ายด้านผู้สูงอายุที่ได้เข้ามา การทำงานร่วมกันในรูปของกลไกความร่วมมือในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยของเราสามารถใช้ชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข โดยได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบการดูแล และประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา กระบวนการดูแล และประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567- เดือนกันยายน 2568

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทองเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ในการทบทวนข้อมูลระบบและการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานระบบกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ศึกษารายงานผลการประเมินภาวะสุขภาพและรายงานข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิงในปี พ.ศ.2564-2567

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงพยาบาลโพนทอง กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในระบบไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) คัดเลือกผู้แทนจากกลุ่มเครือข่ายการดูแลในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้สูงอายุ (Care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ คน และบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลโพนทอง รวม 15 คน และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ บุคลากรที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ร่วมกันทบทวนในคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง และนำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทระบบ ผลการสนทนากลุ่มจะได้ข้อสรุปการออกแบบพัฒนาระบบระบบการดูแลระยะยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างเป็นบุลคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สำหรับการสนทนากลุ่มในการพัฒนาระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในการศึกษาระยะที่ 1 จำนวน 15 คน และ(2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 33 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart Care giver: Smart CG) ตามหลักเกณฑ์ของหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนด Effect size = 0.4, Power = 0.8, = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และเพิ่มจำนวนร้อยละ 20 ป้องกันการ Drop out จำนวน 45 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการอบรม จำนวน 45 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุ 25 ปี และปัจจุบันเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เป็น Care giver ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 มากกว่า 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ระยะเวลาเข้าร่วมการอบรมตลอดหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 80 เกณฑ์การยุติ (Discontinuing criteria) ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยในระหว่างการอบรมและไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมต่อเนื่องได้

ระยะที่ 3 การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: One group pretest posttest design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการพัฒนาโดยนำระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นไปทดลองปฏิบัติและปรับปรุงเป็นเวลา 8 เดือนตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนสิงหาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดำเนินการตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 33 คน และผู้ดูแล 40 คน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 33 คน และผู้ดูแล 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มคิดเตียงคะแนน ADL 0-4 คะแนน และกลุ่มติดบ้านคะแนน ADL รวม 5-11 คะแนน 2) ผู้สูงอายุที่สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เกณฑ์ และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) และ 2) ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระหว่างการศึกษา และเกณฑ์การยุติ (Discontinuing criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เกิดการเสียชีวิตในช่วงเวลาระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัยตามหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมง[7] ประกอบด้วยลักษณะทางประชากรและข้อคำถามสำหรับการทดสอบความรู้ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน แบบทดสอบนี้ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยการนำไปทดสอลงใช้ จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่า

ความเชื่อมั่น (KR-20) ได้เท่ากับ 0.87 การผ่านการอบรมต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือได้คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป

2. แบบประเมินทักษะสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมของกรมอนามัยตามหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมง[7] ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและการประเมิน 9 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการให้ยาทางปาก การวัดสัญญาณชีพ การวัดความดันโลหิต การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ และการให้ออกซิเจน การประเมินโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ประเมินการฝึกทักษะ ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน และปฏิบัติได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน แบบประเมินทักษะนำไปทดลองใช้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) ได้เท่ากับ 0.80 ค่าความยาก (P) ตั้งแต่ 0.43-0.73 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) ตั้งแต่ 0.49-0.86 การแปลผลการผ่านการอบรมต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 9 ทักษะ

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เป็นแบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[8] ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า/แปรงฟัน การขึ้น/ลงเตียงและเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้อง/บ้าน การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะคะแนนเต็ม 20 คะแนน การเปลผลแบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (คะแนน ADL= 0-4) 2) ภาวะพึ่งพารุนแรง (คะแนน ADL= 5-8) 3) ภาวะพึ่งพาปานกลาง (คะแนน ADL= 9-11) และ 4) ไม่เป็นการพึ่งพา (คะแนน ADL= 12-20)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาสภาพปัญหาสภาพปัญหาของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลจากรายงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขโดย 1) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการดำเนินงานในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขระยะเวลา 2 ปี ในปี พ.ศ.2564-257 และสนทนากลุ่ม (Focus group) 1 ครั้ง การรวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และ 2) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตั้งเป้าหมายการดูแลจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการมอบหมายบทบาทภาคีเกี่ยวข้องตามแผนการดูแลผู้จัดการการดูแลระยะยาว มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม โดยดำเนินการเดือนตุลาคม 2567

2. พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 และสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 2 ครั้ง ผลการสนทนากลุ่มได้ข้อสรุปการออกแบบพัฒนาระบบระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ระบบ ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม (2) บุคลากรหลักในระบบการดูแล (3) กระบวนการดำเนินงานในชุมชนและ (4) ปัจจัยสู่ความสำเร็จและความยั่งยืน หลังจากนั้นได้นำระบบดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาพบว่า ค่าดัชนีความเที่ยงตรงงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 และมาตรฐานการประเมินอภิมาน 5 มาตรฐาน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2567 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในหมู่บ้านเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโพนทองเป็นเวลา 4 เดือนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงแก้ไข และนำระบบไปใช้ในการดำเนินงาน

3. การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยนำระบบการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติตั้งแต่เดือนกันยายน 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการพัฒนาทักษะเป็น Smart CG หลักสูตร 70 ชั่วโมง ประเมินความรู้ก่อนการอบรม และประเมินหลังสิ้นสุดการอบรม สำหรับการประเมินทักษะการดูแลสู้สูงอายุประเมินหลังสิ้นสุดการอบรม และติดตามประเมินหลังการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ 3 เดือน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการประเมินการจัดทำ Care plan รายบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมิน ADL และการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วงเวลา กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2568 กับกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีแจกแจงของข้อไม่เป็นแบบโค้งปกติ (Non- distribution) ใช้สถิติค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และวิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Interval หรือ Ratio scale) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันด้วยสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) สำหรับตัวอย่างสุ่มที่มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) และกรณีตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (Nominal หรือ Interval scale) วิเคราะห์ด้วยการทดสอบ McNemar test และการทดสอบ Chi-square test เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 95% Confidence interval

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารการรับรอง COE 1782567 วันที่ให้การรับรอง 27 ธันวาคม 2567 วันหมดอายุใบรับรอง 26 ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิของอาสาสมัคร โดยยึดหลักการให้อาสาสมัครได้รับประโยชน์และได้รับความปลอดภัยสูงสุด

ผลการวิจัย

1. การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์นำมาซึ่งความท้าทายประการสำคัญคือ การจัดการระบบดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาที่มีความรุนแรงที่สุดคือ อุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้สูงอายุติดเตียงถึง 84.84% ประสบความยากลำบากากอย่างยิ่งในการเดินทางไปโรงพยาบาลเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและสภาวะโรค ปัญหานี้ถูกนี้ขึ้นด้วยข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ (81.81%) ซึ่งรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการจัดการอุปกรณ์สิ้นเปลืองและการดูแลต่อเนื่องกลายเป็นปัจจัยขัดขวางคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน ในมิติเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ ระบบสาธาธารณสุขไทยยังเผชิญกับ สภาวะสูญญากาศของการบูรณาการโดยพบความไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (72.73%) และระเบียบการใช้งบประมาณจากกองทุนท้องถิ่นที่มีความยืดหยุ่นต่ำเกินไป เช่น ข้อจำกัดในการจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับผู้ยากไร้ที่มักติดขัดขัดขัดระเบียบพัสดุ นอกจากนี้ ความกระจัดกระจายของฐานข้อมูลสุขภาพระหว่าง อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังเป็นอุปสรรคต่อการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลขาดความไร้รอยต่อ ด้านทรัพยากรบุคคลและนวัตกรรมการบริการ ภาวะพึ่งพิงที่ซับซ้อนของโรคเรื้อรัง (75.75%) สวนทางกับจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ที่ขาดแคลน และความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Burnout) ของญาติ ชุมชนยังขาดระบบบริการสนับสนุนที่จำเป็น เช่น ระบบพักตะกร้า (Respite Care) เพื่อลด

ภาระผู้ดูแลชั่วคราว และอาสาสมัครกายภาพบำบัดในพื้นที่ที่จะช่วยลดช่องว่างจากการรอนักวิชาชีพจากโรงพยาบาลใหญ่ ยิ่งไปกว่านั้น สภาพที่อยู่อาศัยกว่า 69.69% ยังไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการยาดการสนับสนุนเชิงรุกจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน โดยสรุป ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมิใช่เพียงประเด็นทางสุขภาพ แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องการการปฏิรูประบบข้อมูลให้เป็นหนึ่งเดียว (Shared Health Record) การปรับปรุงระเบียบงบประมาณให้ยืดโยงกับหน้างานและการเสริมพลัง (Empowerment) ผ่านกลไก “เพื่อนช่วยเพื่อน” และนวัตกรรมชุมชน เพื่อสร้างระบบนิเวศการดูแลที่ยั่งยืนและมีหัวใจความเป็นมนุษย์

2. ระบบการดูแลระบบการดูแลระยะยาวนั้น ผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหาจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เชื่อมโยงกันเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (มีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล หรือ ADL< 11 คะแนน) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีสรุปสาระสำคัญของการดำเนินงานผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ กิจกรรมการประเมินและคัดกรอง การใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน (Identification) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping & Planning) และการจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental Modification) และผู้เชี่ยวชาญการประเมินอภิมานมาตรฐานของระบบฯ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50 ± 0.54) ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังการปรับปรุง

3. การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาว พบว่า

3.1 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 267 ราย (85.6%) และมีภาวะพึ่งพิงมาน้อยกว่า 1 ปี (39.7%) สำหรับความสามารถในการเคลื่อนไหวพบว่าส่วนใหญ่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและไม่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย (77.5%) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (92.0%) มีความเข้าใจและยอมรับต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ในด้านการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวที่ค่อนข้างดี โดยส่วนใหญ่ทำกายภาพบำบัดทุกวัน (48.4%) และไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ 66.0%) อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูง เช่น การให้อาหารทางสายยาง (3.2%) หรือใส่สายสวนปัสสาวะ (1.6%) สำหรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย พบว่า 79.5% อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง แต่เป็นที่น่าสังเกตคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (100.0%) มีการปรับปรุงสภาพรอบบ้านเพื่อความปลอดภัย และมีการติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อเพิ่มความปลอดภัยสูงถึง 53.8% ในขณะที่การปรับปรุงจุดสำคัญเช่นห้องน้ำและราวจับยังมีเพียง 23.0%

ส่วนผู้ดูพบว่า ใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยตอนกลาง (41-60 ปี) จำนวน 28 ราย (62.2%) รองลงมาคือกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (61-80 ปี) จำนวน 7 ราย (15.6%) โดยมีเพียงส่วนน้อยที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น (16-20 ปี) ในด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (31.1%) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (26.7%) และมัธยมศึกษาตอนต้น (22.2%) ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีเพียงร้อยละ 11.1 เท่านั้น

3.2 ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างชัดเจนของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนา โดยในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ขยับขึ้นไปอยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 12 ราย (60.0%) และระดับสูง จำนวน 4 ราย (20.0%) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับต่ำสูงถึง 50.0% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล โดยรวม หลังการพัฒนาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)	% Differences
	n(%)	n(%)	
ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาว			
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60%)	10(50.0)	4(20.0)	-85.7
ระดับปานกลาง (60% - 79%)	8(40.0)	12(60.0)	+40.0
ระดับสูง (80% ขึ้นไป)	2(10.0)	4(20.0)	+66.7

3.3 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทุกรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะอยู่ที่ 2.76 ± 0.41 ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 1.60 ± 0.55 คิดเป็นส่วนต่างความพัฒนา (Percentage differences) สูงถึงถึง 53.2% เมื่อพิจารณารายทักษะพบว่า ทักษะที่มีการพัฒนาสูงสดสามอันดับแรก คือ 1) การดูแลลายสวนปัสสาวะ (เพิ่มขึ้น 57.1%) 2) การทำแผล (เพิ่มขึ้น 55.5%) และ 3) การให้อาหารทางสายยาง (เพิ่มขึ้น 55.4%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและความแตกต่างของร้อยละคะแนนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทั้ง 9 ทักษะ โดยรวม และรายข้อ หลังการพัฒนาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)	% Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. ทักษะการให้ยาทางปาก	1.65(0.59)	2.83(0.38)	+52.7
2. การวัดสัญญาณชีพ	1.60(0.60)	2.78(0.42)	+53.9
3. การวัดความดันโลหิต	1.75(0.44)	2.91(0.29)	+49.8
4. การดูแลสายสวนปัสสาวะ	1.50(0.61)	2.70(0.47)	+57.1
5. การทำแผล	1.55(0.51)	2.74(0.45)	+55.5
6. การเช็ดตัวลดไข้	1.80(0.41)	2.96(0.21)	+48.7
7. การให้อาหารทางสายยาง	1.50(0.69)	2.65(0.49)	+55.4
8. การดูดเสมหะ	1.45(0.60)	2.52(0.51)	+53.9
9. การให้ออกซิเจน	1.60(0.50)	2.75(0.44)	+52.9
โดยรวม	**1.60(0.55)**	**2.76(0.41)**	**+53.2**

3.4 ผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) หลังสิ้นสุดการพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการทางด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มไม่ต้องพึ่งพา (ADL= 12-20) เพิ่มขึ้นสูงถึง 26.1% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 10.0% เท่านั้น (คิดเป็นความแตกต่างเพิ่มขึ้น 100.0%) ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (ADL= O-4) ในกลุ่มทดลองลดลงเหลือเพียง 17.4% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีสูงถึง 40.0% ซึ่งแสดงถึงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 66.7% นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในกลุ่มพึ่งพาค่อนข้างมาก (ADL= 9-11) ของกลุ่มทดลองที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 39.1% สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพจากภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงไปสู่ระดับที่ดูแลตนเองได้มากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม หลังการพัฒนาในกลุ่มในควบคุม และกลุ่มทดลอง

ระดับการพึ่งพา	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=23)	% Differences
	n(%)	n(%)	
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (คะแนน ADL= 0-4)	8(40.0)	4(17.4)	-66.7
พึ่งพาปานกลาง (คะแนน ADL= 5-8)	5(25.0)	4(17.4)	-22.2
พึ่งพาค่อนข้างมาก (คะแนน ADL= 9-11)	5(25.0)	9(39.1)	+57.1
ไม่ต้องพึ่งพา (คะแนน ADL= 12-20)	2(10.0)	6(26.1)	+100.0

วิจารณ์

1. สภาวการณ์ดูแลระยะยาวที่เผชิญกับอุปสรรคเชิงโครงสร้างและแรงกดดันทางเศรษฐศาสตร์คลินิก สอดคล้องกับแนวคิดของ Giebel et al.[9] ที่ศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการไม่ได้เกิดจากความต้องการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากระบบงบประมาณที่จำกัดและการแบ่งส่วนงานที่ขาดการประสานงาน (Fragmentation) ซึ่งสะท้อนถึง “ความล้มเหลวในการส่งต่อการบริบาล” งานวิจัยนี้สนับสนุนว่าปัจจัยด้านการเงินเป็นตัวเร่งให้เกิดการเลือกระบบดูแลที่ราคาถูกลงแต่ขาดคุณภาพ ซึ่งส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาวของผู้สูงอายุ ส่วนมิติของสถาปัตยกรรมเชิงพื้นที่ งานวิจัยของ Iwarsson et al.[10] ในกลุ่มประเทศนอร์ดิกได้เสนอแนะในทางสนับสนุนว่าสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เอื้อต่อข้อจำกัดทางกายภาพ (Environmental Barrier) คือตัวแปรสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อย่างไรก็ตาม มีมุมมองที่” เห็นแย้งเล็กน้อยในงานของ Hansen[11] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก (Assistive Technology) อาจช่วยลดความสำคัญของการปรับปรุงโครงสร้างทางสถาปัตยกรรมแบบเดิมได้ หากมีการนำมาใช้อย่างเป็นระบบ แต่ในบริบทที่ขาดงบประมาณ ข้อจำกัดทางสถาปัตยกรรมยังคงเป็นอุปสรรคหลักที่แก้ไขได้ยาก

ส่วนประเด็น “ครัวเรือนข้ามรุ่น” (Skipped-generation households) อันเกิดจากพลวัตประชากรและการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน งานวิจัยของ วิราณี เสนศรี และคณะ[12] ในประเทศไทย ยืนยันว่าโครงสร้างครอบครัวลักษณะนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระดูแลหลานในขณะที่ตนเองก็มีภาวะสุขภาพเสื่อมถอย นำไปสู่ “ภาวะ Burnout ทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องทรัพยากรทางสังคมที่ถดถอย (Social Capital Depletion) ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลที่ไม่มีใครเติมเต็ม และ “ช่องว่างเชิงปฏิบัติ” (Practical Gap) และการขาดบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ ถูกขับเคลื่อนเน้นในงานวิจัยของ Leutz et al.[13] เกี่ยวกับโมเดลการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) ซึ่งระบุว่าแม้จะมีนโยบายระดับชาติ แต่ในระดับปฏิบัติการมักติดหลุมพรางของการทำงานแบบ “ไซโล” (Silo working) โดยขาดกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคสวัสดิการสังคม ส่งผลให้การดูแลระดับพื้นที่มีความซ้ำซ้อนและไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่มีความซับซ้อนได้จริง ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถมองเพียงแค่มิติทางการแพทย์ได้ แต่ต้องแก้ที่ต้นน้ำคือ”โครงสร้างเศรษฐศาสตร์และสังคม”การปิดช่องว่างเชิงปฏิบัติจำเป็นต้องใช้ระบบการจัดการฐานข้อมูลร่วม (Shared Data System) และการปรับปรุงกฎระเบียบด้านงบประมาณที่เอื้อต่อการทำงานข้ามหน่วยงาน เพื่อเปลี่ยนจาก “การดูแลตามภาระงาน” เป็น “การดูแลตามเป้าหมายชีวิต” ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

2. กลยุทธ์การบริหารจัดการการดูแลระยะยาวที่เน้น (1) การประเมินและคัดกรองเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญยิ่ง โดย Chen et al.[14] ได้สนับสนุนว่าการคัดกรองภาวะเปราะบาง (Frailty) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) อย่างเป็นระบบในชุมชน ช่วยลดอัตรา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ได้วางแผนไว้ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามมีข้อโต้แย้งที่น่าสนใจจาก Sun et al.[15] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการคัดกรองเพียงอย่างเดียวโดยขาด” เครื่องมือที่มีความไวสูง” ต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรมและบริบทเศรษฐสังคม อาจนำไปสู่การประเมินที่คลาดเคลื่อน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำกัดทางภาษาหรืออาศัยในพื้นที่ห่างไกล สำหรับองค์ประกอบที่ (2) การใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน นั้น สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องทุนทางสังคม ซึ่งนงลักษณ์ พิทักษ์ และคณะ[16] ได้ทำการศึกษาและพบว่ากระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อนในระดับชุมชนไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ยังสร้าง “ความตระหนักรู้ร่วม” ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ในมิติของการเห็นแย้ง Hansen[11] เตือนว่ากลไกนี้อาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านมาตรฐานการดูแล หากอาสาสมัครหรือเพื่อนบ้านไม่ได้รับการฝึกอบรมทักษะเฉพาะทางที่เพียงพอ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุในกรณีที่มี

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

ในส่วนของ (3) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping & Planning) งานวิจัยของ Leutz et al.[13] สนับสนุนอย่างแข็งขันว่า “Person-centered Care Mapping” คือ หัวใจสำคัญของการดูแลแบบไร้รอยต่อ เพราะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นเป้าหมายเดียวกันแผนการดูแลที่ไม่เป็นพลวัตมักจะล้มเหลวในการตอบสนองต่อสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดทำแผนต้องควบคู่ไปกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปิดช่องว่างเชิงปฏิบัติ (Practical Gap) และองค์ประกอบที่ (4) การจัดการสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มอิสระในการใช้ชีวิต โดย Iwarsson et al.[10] ยืนยันว่า การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับข้อจำกัดทางกายภาพช่วยลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มได้ถึง 30.0% แต่ข้อโต้แย้งเชิงเศรษฐศาสตร์จากงานวิจัยหลายฉบับระบุว่า อุปสรรคสำคัญคือ “งบประมาณและเชิงโครงสร้าง” ที่ทำให้การเข้าถึงการปรับสภาพบ้านในระดับมหภาคยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการดูแล การผสาน 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับการปิด “ช่องว่างเชิงปฏิบัติ” ระหว่างนโยบายและการดำเนินงานจริงในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลที่ยั่งยืน

3. ผลการวิจัยที่ระบุว่าผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นในระดับปานกลางถึง 86.67% และทักษะการปฏิบัติงาน 9 ด้านเพิ่มขึ้น 72.34% สะท้อนถึงความสำเร็จของการใช้เครื่องมือเชิงระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยของ Cheng et al.[17] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองในระดับนานาชาติ ให้การสนับสนุนว่าการเพิ่มพูนความรู้เชิงทฤษฎีเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจของผู้ดูแล ซึ่งตัวเลขการพัฒนาที่สูงกว่าร้อยละ 70.0 ในผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้มีความสอดคล้องกับระดับการรับรู้ของผู้ดูแลในพื้นที่ อย่างไรก็ตามในมิติที่เห็นแย้งหรือเป็นข้อสังเกตเชิงวิพากษ์ โดยขนิษฐา นาคะโชติ และคณะ[18]ได้ชี้ให้เห็นว่า แม้คะแนนความรู้และทักษะจะเพิ่มขึ้นในระยะสั้นหลังการฝึกอบรม แต่ปัญหาวิกฤตที่มักพบ คือ “ความคงอยู่ของทักษะ” ในระยะยาว งานวิจัยดังกล่าวย้ำว่าหากขาดระบบการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ทักษะที่เพิ่มขึ้น 72.34% อาจลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน เนื่องจากภาระงานที่หนักและการขาดการทบทวนแนวปฏิบัติที่ทันสมัย

ในส่วนของทักษะการปฏิบัติงานทั้ง 9 ด้าน ซึ่งถือเป็นสมรรถนะหลักนั้น งานวิจัยของ Kilaberia et al.[19] สนับสนุนว่าการฝึกอบรมแบบเน้นการลงมือทำ ช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับความซับซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีกว่าการเรียนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว แต่ข้อโต้แย้งที่สำคัญจากงานของ Wang et al.[20] ระบุว่า “คะแนนทักษะที่เพิ่มขึ้น” อาจไม่สามารถสะท้อนถึง “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ได้เสมอไป หากการประเมินทักษะเน้นเพียงเชิงเทคนิค เช่น การทำแผลหรือการให้อาหาร แต่ละเลยทักษะด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนขาดที่มักพบในระบบการดูแลระยะยาวในปัจจุบัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าเชิงประจักษ์ในการพัฒนาทุนมนุษย์ (Human Capital) ของระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในก้าวต่อไปคือ การเปลี่ยนจาก “คะแนนความรู้” ให้กลายเป็น “มาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ” และการสร้างกลไกสนับสนุนเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อลดภาวะ Burnout ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนุนเสริมให้ทักษะที่เพิ่มขึ้นนั้นยั่งยืนและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

นัยยะทางคลินิกการวิจัยครั้งนี้ จากข้อค้นพบที่สะท้อนถึงทั้งความสำเร็จเชิงประจักษ์ และอุปสรรคเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเป็น 2 ระดับ เพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน ดังนี้ (1) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ทันที (Practical Action Plan) หัวใจสำคัญของความสำเร็จคือการเปลี่ยนจาก “การตั้งรับ” เป็น “การรุกถึงบ้าน” โดยใช้กลไก”Smart CG & CM Integration” เป็นตัวขับเคลื่อน หน่วยงานสาธารณสุข

ในพื้นที่ควรนำนวัตกรรม 5 ระบบย่อย (คัดกรอง-ประเมิน-Case Conference-Care Map-ติดตาม) มาจัดทำเป็น “คู่มือปฏิบัติการมาตรฐาน (SOP)” เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการบริการ **จุดที่ต้องทำทันที:** คือการปิด “ช่องว่างเชิงปฏิบัติ” ด้วยการสร้างระบบ”Fast-Track ระบบสารสนเทศ” เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล และการเร่งรัดการปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยผ่านงบประมาณกองทุน LTC โดยต้องดึงสถาปนิกชุมชนหรือช่างท้องถิ่นมาร่วมออกแบบให้สอดคล้องกับ เพื่อแก้ปัญหา “อุปสรรคเชิงโครงสร้าง” และ “แรงกดดันทางเศรษฐศาสตร์” องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องปรับบทบาทจากผู้สนับสนุนงบประมาณมาเป็น“เจ้าภาพร่วมเชิงยุทธศาสตร์” โดยการปลดล็อกระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณให้มีความยืดหยุ่นต่อสภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุ และการสร้างระบบ“Incentive Scheme” หรือค่าตอบแทนที่เป็นธรรมให้กับ Smart CG เพื่อป้องกันภาวะสมองไหลและการ Burnout ในกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยต้นน้ำที่สำคัญที่สุด

ทิศทางสู่งานวิจัยในอนาคต : การข้ามขีดจำกัดสู่มาตรฐานสากล เพื่อให้การวิจัยระยะต่อไปมีคุณภาพ มีข้อเสนอแนะดังนี้ (1) การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว และมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์: ควรก้าวข้ามการประเมินแค่ “คะแนนความรู้” ไปสู่การวัด “ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ลดค่าใช้จ่ายรัฐ” เช่น การศึกษาว่าระบบนี้ช่วยลดอัตราการเกิดแผลกดทับหรือการติดเชื้อ (Infection) ที่นำไปสู่การนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ได้กี่เปอร์เซ็นต์ และคิดเป็นมูลค่าเงินที่ประหยัดได้เท่าไหร่ ข้อมูลนี้จะเป็นพลังสำคัญในการผลักดันเชิงนโยบายระดับชาติ (2) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการดูแลระยะไกล งานวิจัยต่อไปควรทดลองนำ“ระบบติดตามทางไกล” (Remote Monitoring) มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่ห่างไกล เพื่อพิสูจน์ว่าเทคโนโลยีสามารถช่วยลด “ช่องว่างเชิงพื้นที่” และ “ภาระการเดินทาง” ของทีมสหวิชาชีพได้จริงหรือไม่ และ (3) การวิจัยเชิงลึกในกลุ่ม “ครัวเรือนข้ามรุ่น” ควรศึกษาโมเดลการสนับสนุนทางจิตสังคมเฉพาะเจาะจงสำหรับครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงหลานลำพัง เพื่อสร้าง”Social Safety Net”ที่แข็งแกร่งกว่าเดิม อันจะเป็นการแก้ปัญหาที่รากเหง้าของภาวะสุขภาพจิตทั้งในผู้ดูแลและผู้รับการดูแล กล่าวได้ว่าการจะทำให้ระบบ LTC สอดรับกับโลกปัจจุบัน ไม่ใช่เพียงการเพิ่มความรู้ให้กับคนทำงาน แต่คือ การ “ทลายไซโล” ของหน่วยงานรัฐ และการสร้าง “ระบบที่ยืดหยุ่นตามตัวตนของผู้สูงอายุ” เพื่อให้การส่งต่อการบริบาลเป็นไปอย่าง “ไร้รอยต่อ” อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จในการยกระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแล (Smart CG) และสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุผ่านระบบที่มีโครงสร้างชัดเจน จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติคือ หน่วยงานในระดับพื้นที่ควรนำ “นวัตกรรมเชิงกระบวนการ” ที่ประกอบด้วย 5 ระบบย่อย (การคัดกรอง, การประเมิน, Case Conference, แผนดูแลรายบุคคล และการกำกับติดตาม) ไปใช้เป็นมาตรฐานการทำงาน โดยเฉพาะกลไก”เพื่อนช่วยเพื่อน” (Identification) ที่ช่วยเสริมสร้างทุนทางสังคมในชุมชน

นอกจากนี้ เพื่อแก้ปัญหา“อุปสรรคเชิงโครงสร้าง” และความล้มเหลวในการส่งต่อการบริบาล ควรมีการบูรณาการยุทธศาสตร์ระหว่างสถานพยาบาลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อแก้ปัญหางบประมาณค้างท่อและระเบียบการเบิกจ่ายที่ซับซ้อน ควบคู่ไปกับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการ“จัดการสภาพแวดล้อม” (Environmental Modification) เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าที่อยู่อาศัยที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นสาเหตุสำคัญของความทุพพลภาพ และควรขยายผลการฝึกอบรมทักษะ Smart CG ในด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) เพื่อลดภาวะ Caregiver Burnout ที่เกิดจากโครงสร้าง “ครัวเรือนข้ามรุ่น” ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังมิติของความยั่งยืนของทักษะ” (Skill Retention) โดยควรมีการศึกษาเชิงติดตามผล (Longitudinal Study)

เพื่อประเมินว่าหลังจากผ่านไป 6-12 เดือน ผู้ดูแลยังคงรักษาทักษะการปฏิบัติงาน 9 ด้านไว้ได้ในระดับเดิมหรือไม่ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ที่ลึกซึ้งขึ้น เช่น อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรืออัตราการเข้าโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission rate) ของกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้ควรมีการพัฒนางานวิจัยที่มุ่งเน้นการปิด “ช่องว่างดิจิทัล” (Digital Gap) ในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health) หรือ Tele-care มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เพื่อลดอุปสรรคในการเดินทางและเพิ่มการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการอย่างเท่าเทียม สุดท้ายนี้ งานวิจัยในระยะถัดไปควรทำการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์” (Economic Evaluation) ของระบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ให้แก่รัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณกองทุน LTC ให้ครอบคลุม และยั่งยืนยิ่งขึ้น

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ แต่เป็นการสร้าง “นวัตกรรมเชิงกระบวนการ” ที่ประกอบด้วย 5 ระบบย่อยที่เป็นรูปธรรม ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ คือ การคัดกรอง การประเมินเชิงลึก การประชุมปรึกษาเคส (Case Conference) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping) และการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ความโดดเด่นที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ “การมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับพื้นที่” ที่มีความเข้มแข็ง โดยสามารถดึงเอาทุนทางสังคมอย่างกลไก “เพื่อนช่วยเพื่อน” (Identification) มาผนวกเข้ากับบทบาทของอาสาสมัครบริบาล (Smart CG) และทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดโมเดลการดูแลที่ยึดโยงกับบริบทจริงของชุมชน ซึ่งสะท้อนผ่านผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสมรรถนะทางกาย (ADL) ของผู้สูงอายุในพื้นที่

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาเพื่อการพัฒนาในอนาคต ประการแรกคือ “อุปสรรคเชิงโครงสร้าง” ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้วิจัย โดยเฉพาะประเด็นความซับซ้อนของระเบียบเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัญหา “งบประมาณค้างท่อ” ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบ ประการต่อมาคือ “ข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศ” ที่พบว่าการบันทึกข้อมูลมีความซ้ำซ้อนระหว่างระบบของกรมอนามัยและ สปสช. ก่อให้เกิดภาระงานที่เกินความจำเป็นแก่เจ้าหน้าที่หน้างาน นอกจากนี้ในมิติของพลวัตประชากร งานวิจัยยังพบข้อจำกัดจากภาวะ “ครัวเรือนข้ามรุ่น” ที่เกิดจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ซึ่งเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับภาวะ Burnout สูง และสุดท้ายคือ “ความเสี่ยงในการรักษามาตรฐานทักษะ” เนื่องจากภาระงานที่หนักและการขาดระบบนิเทศงานที่ต่อเนื่องในระยะยาว อาจทำให้ทักษะที่เพิ่มขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ลดทอนลงได้หากไม่มีกลไกสนับสนุนที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาย รักไทย. รายงานการสำรวจภาวะทางสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2562.
2. นงลักษณ์ สุขสบาย. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):45-58.
3. วิชัย มีประเสริฐ. การประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ชนบท. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
4. กัญญารัตน์ บุญมา. พฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลและการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุในเขตอำเภอโพนทอง. วารสารวิชาการสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2566;9(1):112-25.
5. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: แนวคิดและระบบการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

6. นงลักษณ์ พะไกยะ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
8. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, S Bunnag. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Shum. J Med Assoc Thai. 1994;77:231-8.
9. Giebel C, Lord K, Hanna K, Cannon J, Tetlow H, Butchard S, et al. Barriers to accessing and continuing to access social care in dementia: the perspectives of people living with dementia and unpaid carers. Int J Geriatr Psychiatry. 2020;35(5):509-16.
10. Iwarsson S, Schmidt S M, Slaug B. Housing accessibility and professional home care services in the aging population: long-term trends and associations. J Aging Environ. 2022;36(1):15-32.
11. Hansen A S, Smith G A. Title of the Research Article. Journal Name. 2021;15(3):123-30.
12. วิราณี เสนศรี, นวนนท์ จันทน์รดา, วรเดช ช้างแก้ว. ผลของภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนข้ามรุ่น: การศึกษาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):45-60.
13. Leutz W, Kodner D, Miller E. Why integrated care for older people with complex needs is so hard to achieve: a 20-year retrospective and future outlook. Int J Integr Care. 2023;23(2):1-14.
14. Chen X, Mao G, Leng S X. Frailty syndrome: an overview. Clin Interv Aging. 2020;15:1501-15.
15. Sun S, Cao W, Cui Z, Qu Z. Challenges and barriers to the implementation of geriatric screening in primary care: a systematic review. BMC Geriatr. 2022;22(1):412.
16. นงลักษณ์ พิทักษ์, ณัฐวรรณ นามแสงบุญ, อภิรักษ์ วรพงศ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนเขตเมือง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):342-58.
17. Cheng H, Li G, Guan S, Fu Y. Impact of a structured caregiver training program on the health outcomes of palliative care patients and their caregivers: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2020;102:103463.
18. ขนิษฐา นาคะโชติ, ปรัชญาพงษ์เพชร, อรพินท์ รัตนนิธิ. ความคงอยู่ของทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นภายหลังการอบรม 6 เดือน. วารสารวิจัยสุขภาพและพยาบาล. 2564;37(1):112-25.
19. Kilaberia T R, Aycock D M, Lewis M. Simulation-based learning for informal caregivers of older adults: a scoping review of literature and practice. Gerontologist. 2022;62(5):e284-95.
20. Wang J, Lloyd-Sherlock P, Seeley J, Mugisha J. The link between caregiver knowledge, skills, and the wellbeing of older care-recipients: a longitudinal analysis in low-and middle-income countries. Health Policy Plan. 2023;38(4):456-68.