

การพัฒนาแบบแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา

Development of a Holistic Long-Term Care Model for Dependent Older Adults through Network Participation in Phayao Province

จิรศักดิ์ แก้วคำปา¹, สุพัฒน์ อาสนะ^{2*}, ชุติกานุจน์ สมสิงห์ใจ³

Cheerasak Keawkhampa¹, Supat Assana^{2*}, Chutikan Somsingjai³

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, ³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก

¹Phayao Provincial Public Health Office, ²Sirinhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, ³Pafaek Sub District Health Promoting Hospital

(Received: June 30, 2026; Revised: September 7, 2026; Accepted: July 17, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 9 อำเภอ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบตามแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในพื้นที่นำร่อง 9 พื้นที่ และระยะที่ 4 ประเมินผลและรับรองรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 16 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired T-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการให้ดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม โดยด้านสิ่งแวดล้อมมีความต้องการสูงที่สุด

2. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา คือ P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลสะท้อนกลับ โดยบูรณาการพลังความรู้พลังภาคประชาชน และพลังนโยบายเป็นกลไกขับเคลื่อน พร้อมปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มพื้นที่ ($p\text{-value} < .001$) คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง ($p\text{-value} < .001$) ส่วนพื้นที่ชนบทและภูเขา/ห่างไกลไม่พบความแตกต่างกัน

ข้อเสนอเชิงระบบในการพัฒนาแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ แนวทาง Active Aging สำหรับพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง Community Participation สำหรับพื้นที่ชนบท และ Community Outreach ร่วมกับ Telecare สำหรับพื้นที่ภูเขาและห่างไกลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลแบบองค์รวม การดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supataana@scphkk.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a holistic long-term care model for dependent older adults through network participation in Phayao Province. The study was conducted in four phases. Phase 1 examined the situation, context, and long-term care needs of dependent older adults across nine districts, involving 400 participants. Phase 2 focused on model development through a participatory process involving 30 stakeholders. Phase 3 implemented the developed model using a one-group pretest-posttest design over a six-month period in nine pilot areas. Phase 4 evaluated and validated the model with 16 experts and relevant stakeholders. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The findings revealed that:

1. Most dependent older adults received care from their families in collaboration with village health volunteers and primary care units. They expressed a need for holistic care encompassing physical, psychological, social, spiritual, and environmental dimensions, with the environmental dimension being the area of greatest need.

2. The developed model, termed P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation, comprised four components: inputs, processes, outcomes, and feedback. It integrated knowledge, community participation, and policy mechanisms as driving forces, with operational adjustments tailored to local contexts.

3. The implementation of the model demonstrated that, following the intervention, older adults showed improved ability to perform activities of daily living (ADL) and a significantly reduced risk of falls within the home across all types of areas ($p\text{-value} < .001$). Quality of life and mental health significantly improved specifically in urban and semi-urban areas ($p\text{-value} < .001$), whereas no statistically significant differences were observed in rural and mountainous/remote areas.

System-level recommendations for developing context-appropriate care models include an Active Aging approach for urban and semi-urban areas, Community Participation for rural areas, and Community Outreach combined with Telecare for mountainous and remote areas. These approaches aim to sustainably enhance the quality of life of older adults.

Keywords: Dependent Older Adults, Holistic Care, Long-Term Care, Network Participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2 พันล้านคน ส่งผลให้หลายประเทศต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดระบบสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับความต้องการที่ซับซ้อนของแต่ละบุคคล (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย กลุ่มดังกล่าวต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ ขณะที่ระบบบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวยังเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

จังหวัดพะเยา พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2565 – 2567 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 109,790 คน เป็น 118,824 คน คิดเป็นร้อยละ 23.63 – 25.77 ของประชากรทั้งหมด แสดงถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged Society) สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 96,703 คน คิดเป็นร้อยละ 93.13 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 6,510 คน คิดเป็นร้อยละ 6.27 โดยพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงรุนแรง และกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 573 คน คิดเป็นร้อยละ 0.55 แสดงถึงผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านที่มีความต้องการในการดูแลที่บ้าน (Home-based Care) มากกว่าการอยู่ในสถานพยาบาล แต่พบว่าปัจจัยนำเข้าทั้งด้านบุคลากรงบประมาณ และระบบข้อมูลในพื้นที่ยังคงมีจำกัดและดำเนินงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในระบบบริการสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568) แม้ภาครัฐจะมีนโยบายและกลไกการดำเนินงาน LTC ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่ในทางปฏิบัติ การดำเนินงานกลับมุ่งเน้นความครอบคลุมเฉพาะกลุ่มติดเตียง ขณะที่กลุ่มติดบ้านยังเข้าถึงบริการ LTC มีข้อจำกัดด้านบริบทของพื้นที่ ขาดการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเข้าถึงบริการ รวมถึงขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่ชัดเจนและมีมาตรฐานเดียวกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

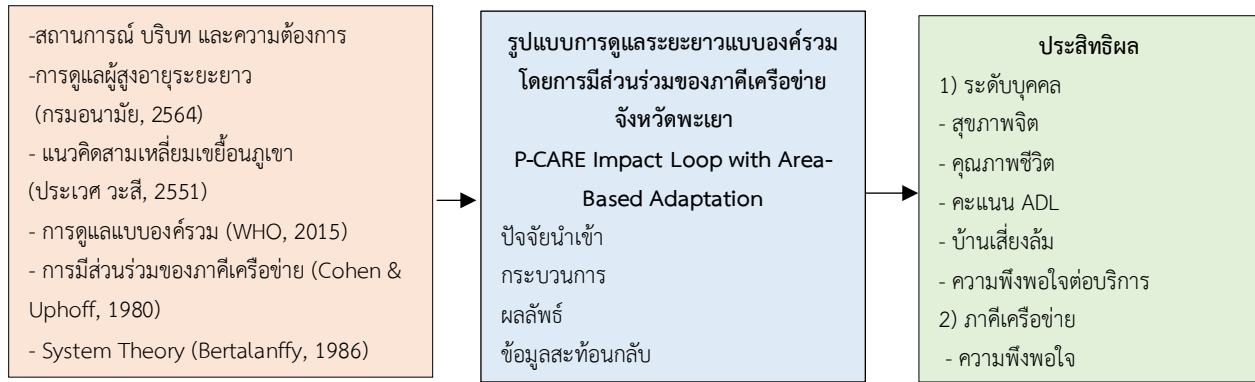
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมุ่งเน้นด้านสุขภาพกายเป็นหลัก ขณะที่มิติด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมยังไม่ได้รับการบูรณาการอย่างเพียงพอ (วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชุสนท, 2566) อีกทั้งยังขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงองค์ประกอบของระบบและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดพะเยา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (Bertalanffy, 1968) เพื่อบูรณาการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และเสริมประสิทธิภาพของระบบการดูแลในระดับชุมชน ให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (กรมอนามัย, 2564) ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี, 2551) เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนร่วมกับทฤษฎีเชิงระบบ (Systems Theory) (Bertalanffy, 1968) แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Cohen, Uphoff, 1980) และแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Model) (WHO, 2015) ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา (R1: Research) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

พื้นที่ 9 อำเภอในจังหวัดพะเยา ได้แก่ เมืองพะเยา จุน เชียงคำ เชียงม่วน ดอกคำใต้ ปง แม่ใจ ภูซาง ภูกามยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านในพื้นที่จังหวัดพะเยาที่ผ่านการประเมิน ADL ทั้งหมด 6,510 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านในจังหวัดพะเยาที่ผ่านการประเมิน ADL จำนวน 400 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 363 คน เพื่อความครอบคลุมและการกระจายตัวของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลระดับจังหวัด จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งเป็นระดับอำเภอและระดับตำบล จัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละตำบล (Proportional Allocation) และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ จนครบจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ 3) สถานการณ์และรูปแบบการดูแล จำนวน 8 ข้อ 4) บริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 7 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1981) คือระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน และระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน 5) ความต้องการการดูแลแบบองค์รวม 5 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1981) คือระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน และระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .80 – 1.00 จากนั้นหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำ

แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คน แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าทั้งฉบับเท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม พร้อมหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุข (สสจ.) จังหวัดพะเยาติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอม การรักษาความลับและการมีผลประโยชน์ร่วมในงานวิจัย
3. ผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา (D1: Development) ใช้วิธีการเชิงคุณภาพระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2568

ผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ทีมสหวิชาชีพ รพ.สต./CUP 9 คน, เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลการประเมิน ADL 9 คน, ตัวแทนภาคีเครือข่าย ผู้บริหาร อปท. และนักสังคมสงเคราะห์ 18 คน ผู้แทน สสจ.พะเยา และ อบจ.พะเยา 2 คน จำนวนทั้งหมด 38 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ที่เป็นผู้มีข้อมูลที่หลากหลายตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามแบบสนทนากลุ่ม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบโดยมีองค์ประกอบหลักประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และข้อมูลป้อนกลับ (Feedback)
2. แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการทดลองใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของการทดลองใช้รูปแบบ ความถูกต้องทางวิชาการและองค์รวม ความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความชัดเจนและการมีส่วนร่วม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Source Triangulation) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและความสอดคล้องของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบฯ จากระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา โดยสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยได้นัดหมายวันเวลา สถานที่กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้จดบันทึกและผู้อำนวยความสะดวก ผู้วิจัยเริ่มต้นการสนทนากลุ่มด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลหลักในการให้ข้อมูลชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ลงนามในใบยินยอม กำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลหลัก และดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม (R2: Research) ตามแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest) ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ 6 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569

พื้นที่วิจัย

พื้นที่นำร่อง 9 อำเภอ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มจัดกลุ่มพื้นที่โดยพิจารณาเกณฑ์การจำแนกพื้นที่วิเคราะห์บริบทพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความหนาแน่นประชากร และศักยภาพของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับเกณฑ์การจำแนกชุมชนเมืองและชนบท (กรมโยธาธิการและผังเมือง, 2565) เพื่อให้ครอบคลุมบริบทการดำเนินงานที่หลากหลายของจังหวัดพะเยา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเมืองและกึ่งเมือง 2) กลุ่มชนบท และ 3) กลุ่มพื้นที่ภูเขาและหุบเขา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดพะเยา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงาน LTC และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างหลักในการวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่อง 9 อำเภอ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์สถิติ Paired T-Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size; Cohen's d) เท่ากับ .15 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 352 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่มีภาวะพึ่งพิงและมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกาย ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการติดตาม (Attrition) และเพียงพอในการดำเนินการในพื้นที่นำร่องทั้ง 9 อำเภอ ครอบคลุมบริบทพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง พื้นที่ชนบท และพื้นที่ภูเขา/หุบเขา และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองเป็นคนละกลุ่มกับผู้เข้าร่วมการศึกษาในระยะที่ 1 โดยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีภาวะพึ่งพิง ($5 \leq ADL \leq 11$ คะแนน) ในพื้นที่และมีผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลา 6 เดือน สำหรับ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ย้ายภูมิลำเนาหรือย้ายสถานพยาบาลระหว่างการทดลอง ปฏิเสธการเข้าร่วม หรือมีอาการเจ็บป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถประเมินผลได้

สำหรับกลุ่มผู้บริหาร อปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงาน LTC และผู้ดูแลหลัก (Caregiver) จัดเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ในการประเมินกระบวนการและความพึงพอใจเชิงคุณภาพ ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวนอำเภอละ 5 คน เพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติคือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารและปฏิบัติงานดูแลระยะยาวไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะทดลองและประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วยเครื่องมือมาตรฐานและเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) (กรมควบคุมโรค, 2564) มีคะแนนรวม 0 – 20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น แบ่งระดับภาวะพึ่งพิงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ 0 – 4 คะแนน พึ่งพิงรุนแรง 5 – 8 คะแนน พึ่งพิงปานกลาง 9 – 11 คะแนน และไม่เป็นภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2. แบบวัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 60 คะแนน แบ่งผลการประเมินเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 0 – 42 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 43 – 49 คะแนน และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 50 – 60 คะแนน

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (กรมสุขภาพจิต, 2545) จำนวน 26 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 26 – 130 คะแนน แปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 – 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 – 95 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (96 – 130 คะแนน)

4. แบบประเมินข้อสังเกต “บ้านเสียงลั่น” (กรณีการผู้สูงอายุ, 2563) จำนวน 10 ข้อ แผลผล 3 ระดับ ได้แก่ เสียงต่ำ (0 - 2 คะแนน) เสียงปานกลาง (3 - 5 คะแนน) เสียงสูง (6 คะแนนขึ้นไป)

5. แบบสังเกตบันทึกการดำเนินงานระหว่างทดลองใช้รูปแบบ เพื่อใช้บันทึกกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบ กิจกรรมที่ดำเนินการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวนผู้เข้าร่วม ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

6. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ เครื่องมือเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า (2) กระบวนการ (3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ และ (4) ข้อมูลสะท้อนกลับ และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย และ 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ด้านสาธารณสุข การดูแลผู้สูงอายุ และการวัดและประเมินผล พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .80–1.00 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับ กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .71 ส่วนแบบบันทึกการดำเนินงานตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย นายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ 1 ท่านและนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน รวมจำนวน 5 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือประสานงานถึงภาคีเครือข่ายเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และการขอความยินยอมตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. เก็บข้อมูล ADL คุณภาพชีวิต สุขภาพจิต บ้านเสียงลั่นก่อนทดลองใช้รูปแบบ (Pretest)
4. ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
5. เก็บข้อมูล ADL คุณภาพชีวิตโดยรวม สุขภาพจิต บ้านเสียงลั่นหลังทดลองใช้รูปแบบ (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ADL คุณภาพชีวิตโดยรวม สุขภาพจิต การเสียงลั่นก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired T-Test ทั้งนี้ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} > .05$)

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม (D2: Development) ใช้วิธีเชิงคุณภาพ ระยะเวลา วันที่ 1 – 15 มิถุนายน 2569

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. CUP จำนวน 6 คน ผู้นำชุมชน และผู้บริหารท้องถิ่น จำนวน 6 คน ผู้แทนจาก สสจ. พะเยา และ อบจ. พะเยา จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ LTC จำนวน 2 คน จำนวนทั้งหมด 16 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีลักษณะเป็น “Information-rich Case”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเมินรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา เหมือนกับระยะที่ 3 ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Source Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจาก ผู้นำชุมชน ผู้แทนจาก สสจ.พะเยา และผู้บริหารท้องถิ่น ร่วมกับการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และเอกสารประกอบ เพื่อยืนยันความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมถอดบทเรียนและสรุปร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยนำเสนอผลการทดลองการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่ออภิปรายผลร่วมกันเสนอแนะในการปรับปรุง
2. รวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
3. ปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์ และเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบายและขยายผลเพื่อเข้าสู่นโยบายของจังหวัดพะเยา
4. จัดทำรายงานผลการวิจัยและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดพะเยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำมาวิเคราะห์แก่นสาระ Thematic Analysis ตามแนวทางของ Krueger (1998) และจัดระบบข้อมูลและลดทอนข้อมูลที่ไม่จำเป็นออก (Data reduction) จากนั้นผู้วิจัยจะทำการตีความ (Interpret) โดยพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่และหาความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ปรากฏ
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่โครงการวิจัย 040/2568 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา
 - 1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตร/ธิดาร้อยละ 69.36 ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. เดือนละ 2-3 ครั้งร้อยละ 41.07 ได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร้อยละ 42.13 โดยการเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง หรือน้อยกว่าร้อยละ 58.0 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประจำอำเภอ พบว่าไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 56.38 ด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.96 ด้านความเพียงพอของการดูแลที่ได้รับในปัจจุบันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.62 ความต้องการเพิ่มเติมในกรณีที่ได้รับการดูแลไม่เพียงพอ พบว่าผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุน/แบ่งเบาภาระผู้ดูแล ร้อยละ 40.31 การให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ดูแลร้อยละ 36.28 ด้านร่างกาย เช่น การตรวจสุขภาพ การทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 36.22 และด้านจิตใจ ร้อยละ 34.69
 - 1.2 บริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 1 บริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 400)

บริบทและความพร้อมของครอบครัว/ชุมชน	M	SD	แปลผล
1. สมาชิกในครอบครัวร่วมมือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.92	0.82	มาก
2. การประเมินระดับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	3.65	0.95	ปานกลาง
3. การประเมินระดับความร่วมมือและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	3.91	0.73	มาก
4. การประเมินการรับรู้และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	3.82	0.83	มาก
5. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม ไปใช้ในชุมชน	3.80	1.20	มาก
6. เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านโดยครอบครัวเป็นหลัก	4.19	0.76	มาก
7. การประเมินความสำคัญของความร่วมมือจากหลายฝ่าย (เช่น ครอบครัว ชุมชน อปท. รพ.สต.)	4.06	0.77	มาก
ความต้องการในภาพรวม	4.02	0.91	มาก

จากตาราง 1 ผลการศึกษาบริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านโดยครอบครัวเป็นหลัก ($M = 4.19, SD = 0.76$) รองลงมา คือการประเมินความสำคัญของความร่วมมือจากหลายฝ่าย (เช่น ครอบครัว ชุมชน อปท. รพ.สต.) ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($M = 4.06, SD = 0.77$) และอยู่ในระดับปานกลาง คือการประเมินระดับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($M = 3.65, SD = 0.95$)

1.3 ความต้องการในการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

ตาราง 2 ความต้องการในการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ($n = 400$)

ความต้องการ	M	SD	แปลผล
1. ความต้องการด้านร่างกาย	3.79	0.88	มาก
2. ความต้องการด้านจิตใจ	3.86	0.82	มาก
3. ความต้องการด้านสังคม	3.42	0.94	ปานกลาง
4. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	3.18	1.05	ปานกลาง
5. ความต้องการทางด้านสิ่งแวดล้อม	3.90	0.84	มาก
รวม	3.61	0.91	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม อยู่ในระดับมาก คือด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ($M = 3.90, SD = 0.84$) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ($M = 3.86, SD = 0.82$) และด้านร่างกาย ($M = 3.79, SD = 0.88$) และอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านสังคม ($M = 3.42, SD = 0.94$) และด้านจิตวิญญาณ ($M = 3.18, SD = 1.05$) อยู่ในระดับปานกลาง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา

ตาราง 3 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยาที่พัฒนาขึ้น

กิจกรรมหลัก	รายละเอียดการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น
Input (ปัจจัยนำเข้า)	1. ทุนเครือข่ายและมนุษย์: บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รพ.สต. เทศบาล/อปท. วัด ผู้ดูแล บจ. และเครือข่ายบริการ 2. พลังความรู้ (ฐานข้อมูลเชิงระบบ): พัฒนา "ฐานข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล" (สุขภาพกาย-ใจ-สังคม-สิ่งแวดล้อม) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ ADL, WHOQOL-BREF-THAI, แบบประเมินบ้านเสี่ยงล้ม และ Mental Health Check-In เพื่อคัดกรองความเครียดและความโดดเดี่ยว 3. ทรัพยากรและทุนทางสังคม: พลังภาคประชาชน ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ อสม. โรงเรียนผู้สูงอายุ และการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอต่อ อปท. เพื่อสนับสนุนงบประมาณ
Process (กระบวนการ)	ขั้นที่ 1: ใช้พลังความรู้เป็นฐาน คัดกรองและประเมินองค์รวม จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านตามสี่ (เขียว: ADL 12 ขึ้นไป เหลือง: ADL 5-11 แดง: ADL 0-4) ร่วมกับการตรวจสุขภาพจิต ขั้นที่ 2: บูรณาการความรู้และพลังชุมชน วางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ กลุ่มเพื่อนอาสา ผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นที่ 3: พลังภาคประชาชนดำเนินงานหลัก ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเชิงรุก ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านเชิงจิตวิญญาณโดยใช้ต้นทุนวัฒนธรรมชุมชน และกิจกรรมธรรมาตราแปลงสิ่งของเป็นทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้ ขั้นที่ 4: พลังนโยบายขับเคลื่อนระบบ ประสานงานผ่าน "ชุดข้อเสนอความจำเป็น อปท. สัญจร" เพื่อเชื่อมโยงงบประมาณ ทรัพยากร อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพทางกาย ผ่านเวทีสะท้อนคำขอความจำเป็นพื้นฐาน
Output (ผลผลิต ผลลัพธ์)	1. ระดับผู้สูงอายุ: คะแนน ADL ดีขึ้นหรือคงสภาพ เช่น ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า 2. ระดับครอบครัว: ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะความมั่นใจเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในแผนการรักษาดูแล

กิจกรรมหลัก	รายละเอียดการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น
	3. ระดับชุมชน: เกิดกลไกจิตอาสาและการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบระดับตำบล มีกองทุนสวัสดิการชุมชนช่วยเหลือ 4. ระดับบริการสุขภาพ: มีแผน Care Plan รายบุคคลที่ชัดเจน มีระบบการส่งต่อและประสานงานเชื่อมโยงไร้รอยต่อ 5. ระดับนโยบาย: รูปแบบการดูแลได้รับการบรรจุเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นของ อบต. อย่างเป็นทางการเพื่อความยั่งยืน ความร่วมมือด้านสุขภาพ (MOU) องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา
Feedback (ข้อมูลสะท้อน กลับ)	การติดตามประเมินผลและการสะท้อนข้อมูลกลับตามวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - เดือนที่ 1 – 2 ระยะเตรียมความพร้อมและปรับตัวของผู้เกี่ยวข้อง - เดือนที่ 3 – 4 ติดตามผลการทำกิจกรรมตาม Care Plan และประเมินสมรรถภาพทางกายและใจ - เดือนที่ 5 – 6 ประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อผลลัพธ์เริ่มคงตัว จัดประชุมสะท้อนผลระดับตำบลเพื่อปรับปรุงแผนการรักษา และใช้ข้อมูลใหม่มาเสนอต่อเวที อบต. สัญจรรอบถัดไป

จากตาราง 3 การสังเคราะห์ผลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ขับเคลื่อนผ่านพลังหลัก 3 ประการ ได้แก่ พลังความรู้ พลังภาคประชาชน และพลังนโยบาย ที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการใช้พลังความรู้ ในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) พลังภาคประชาชนเป็นกลไกหลักในการจัดการดูแลด้านกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ บนฐานทรัพยากรชุมชนทุนทางสังคมศักยภาพพื้นที่และใช้พลังนโยบายในการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร และการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ในระดับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการ และนโยบาย ที่มีระบบติดตามประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนี้ เป็นการดูแลแบบบูรณาการมีเป้าหมายสูงสุดคือการเสริมพลังผู้สูงอายุและครอบครัว ลดภาวะพึ่งพิง และยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

ระยะที่ 3 (R2: Research) การทดลองใช้รูปแบบ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.50 อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 83.75 และมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.50 ลักษณะประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย มีข้อจำกัดด้านการศึกษาและพึ่งพาระบบสวัสดิการภาครัฐเป็นแหล่งรายได้สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มพื้นที่ทดลอง ได้แก่ กลุ่มพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง กลุ่มพื้นที่ชนบท และกลุ่มพื้นที่ภูเขาหรือห่างไกล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอยู่อาศัย และแหล่งรายได้หลัก ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันซึ่งเหมาะสมสำหรับการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ แต่ก็ยังพบว่ารายได้ต่อปีและระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ตาราง 4 สรุปผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ จำแนกตามกลุ่มพื้นที่ทดลอง (n=400)

กลุ่มพื้นที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI ของผลต่าง	t	df	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD					
ADL									
เมืองและกึ่งเมือง	9.43	1.64	9.78	1.33	[0.25, 0.45]	7.227	133	<.001	0.62
ชนบท	9.26	1.78	9.54	1.45	[0.15, 0.41]	4.146	132	<.001	0.36
ภูเขา/ห่างไกล	9.05	2.03	9.32	1.81	[0.17, 0.37]	5.281	132	<.001	0.46
คุณภาพชีวิตโดยรวม									
เมืองและกึ่งเมือง	73.96	14.49	79.75	13.53	[3.09, 8.49]	4.234	133	<.001	0.37
ชนบท	75.86	13.96	74.08	12.42	[-5.77, 2.21]	0.882	132	.381	0.08
ภูเขา/ห่างไกล	79.18	12.34	76.81	14.84	[-6.03, 1.29]	1.281	132	.202	0.11

กลุ่มพื้นที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI ของผลต่าง	t	df	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD					
สุขภาพจิต									
เมืองและกึ่งเมือง	41.09	6.06	42.87	5.59	[0.59, 2.97]	2.948	133	.004	0.25
ชนบท	42.49	6.05	42.09	5.84	[-2.43, 1.63]	0.389	132	.699	0.03
ภูเขา/ห่างไกล	41.93	6.11	42.24	5.12	[-1.21, 1.83]	0.404	132	.687	0.04
บ้านเสี่ยงล้ม									
เมืองและกึ่งเมือง	4.51	3.27	3.76	2.35	[-0.94, -0.56]	7.842	133	<.001	0.68
ชนบท	3.97	3.24	3.49	2.56	[-0.66, -0.30]	5.162	132	<.001	0.45
ภูเขา/ห่างไกล	3.35	2.90	2.95	2.40	[-0.54, -0.26]	5.518	132	<.001	0.48

หมายเหตุ: แปลขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988): < 0.20 = น้อยมาก, 0.20–0.49 = เล็กน้อย, 0.50–0.79 = ปานกลาง, ≥ 0.80 = มาก

จากตาราง 4 หลังการใช้รูปแบบ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มพื้นที่ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนความเสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกพื้นที่ ($p\text{-value} < .001$) สำหรับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง ($p\text{-value} < .001$ และ $p\text{-value} = .004$ ตามลำดับ) ส่วนพื้นที่ชนบทและภูเขา/ห่างไกล ยังไม่พบความแตกต่าง สรุปได้ว่ารูปแบบมีผลชัดเจนต่อการเพิ่ม ADL และลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในทุกบริบทพื้นที่ ส่วนผลด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งควรนำไปพิจารณาในการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ต่อไป

ตาราง 5 ผลการสังเคราะห์ผลการรูปแบบและข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกกลุ่มพื้นที่

กลุ่มพื้นที่	พื้นที่	ผลลัพธ์ที่พบ	ประเด็นที่สะท้อนจากผลการทดลอง	ข้อเสนอเชิงระบบ
เมืองและกึ่งเมือง	1) เมือง	- ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ	สะท้อนถึงความพร้อมของระบบ	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น
	2) ดอกคำใต้	- สุขภาพจิตดีขึ้น	บริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และ	การทำกิจกรรมจิตอาสา การ
	3) จุน	- คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น	การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องของ CG	รวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรม
	4) แม่ใจ	- บ้านเสี่ยงล้มลดลง	และภาคีเครือข่าย	Active Aging
ชนบท	1) ปง	- ADL เพิ่มขึ้น	ระบบการดูแลด้านสุขภาพกายมี	พัฒนากลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ส่งเสริม
	2) เชียงคำ	- บ้านเสี่ยงล้มลดลง	ประสิทธิภาพ แต่การพัฒนาด้าน	ธนาคารเวลา (Time Bank) จัดตั้ง
	3) ภูพานยาว	- คุณภาพชีวิตดีขึ้นบางพื้นที่	คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตยังได้รับ	ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care) และ
ภูเขา/ห่างไกล	1) เชียงม่วน	- ADL เพิ่มขึ้น	ผลจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม	เพิ่มกิจกรรมทางสังคมในชุมชน
	2) ภูซาง	- บ้านเสี่ยงล้มลดลง	และภาวะของผู้ดูแล	
		- คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน	การดูแลด้านกายภาพสามารถดำเนินการได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดด้าน	การติดตามสุขภาพจิต ส่งเสริม Telehealth/Telecare และพัฒนาเครือข่ายดูแลระดับชุมชน

ระยะที่ 4 (D2: Development) การประเมินผลและสรุปรูปแบบที่สมบูรณ์

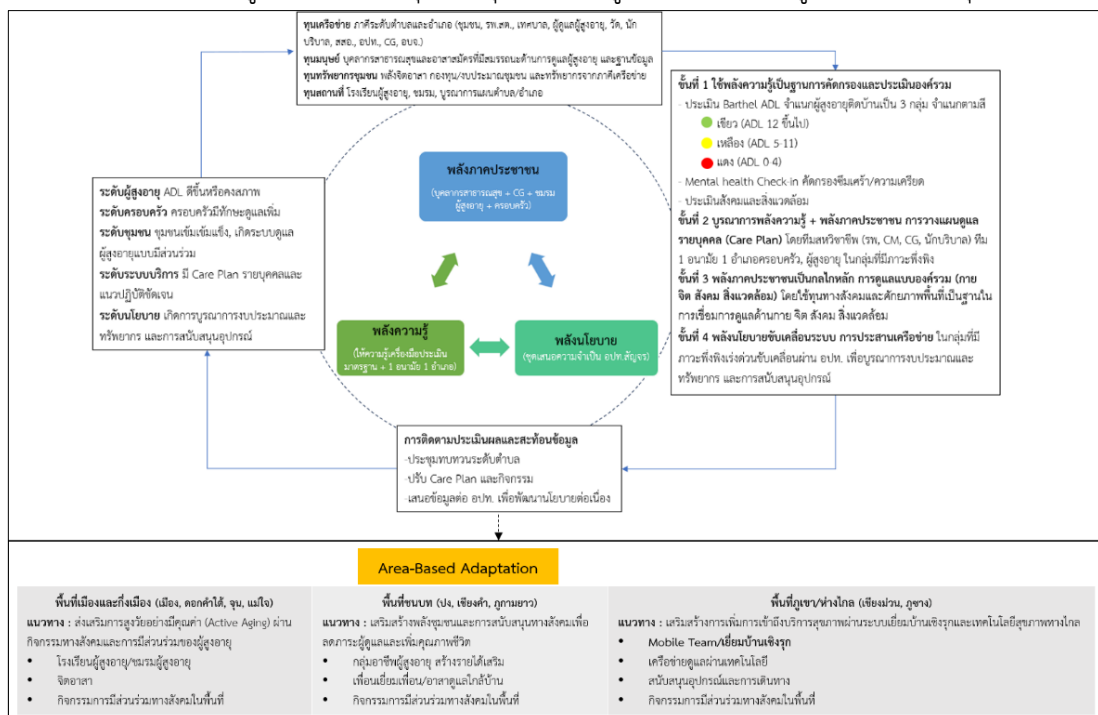
ผลการประเมินภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และความเสี่ยงต่อการหกล้มในบ้านของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ขณะที่ผลด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรมีองค์ประกอบหลักร่วมกันและปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับทรัพยากร สภาพแวดล้อม และศักยภาพของเครือข่ายในแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสะท้อนความคิดเห็นของผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง พบข้อมูลสำคัญ คือ 1) การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น จากการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการ 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ตรงกับความต้องการ และ 3) บริบทพื้นที่มีผลต่อการดำเนินงาน ทั้งด้านการเข้าถึงบริการทรัพยากร และความเข้มแข็งของชุมชน จึงจำเป็นต้องปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ดังนั้น จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบเป็น P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation โดยพื้นที่เมืองและกึ่งเมืองเน้น Active Aging และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ พื้นที่ชนบทเน้น พลังครอบครัว พลังชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม และพื้นที่ภูเขาและห่างไกลเน้น การเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุก (Community Outreach) ร่วมกับ Telecare/Telehealth เพื่อให้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

พื้นที่เมืองและกึ่งเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอกคำใต้ อำเภอจุน และอำเภอแม่ใจ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณค่า (Active Aging) ผ่านกิจกรรมทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

พื้นที่ชนบท ได้แก่ อำเภอปง อำเภอเชียงคำ และอำเภอภูพานยาว มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิต

พื้นที่ภูเขาและห่างไกล ได้แก่ อำเภอเชียงม่วน และอำเภอภูซาง มุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านระบบเยี่ยมบ้านเชิงรุกและเทคโนโลยีสุขภาพทางไกล เพื่อให้การดูแลระยะยาวมีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน และผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่ามีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและคุณภาพของรูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังภาพ



ภาพ 2 รูปแบบ P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและหน่วยบริการปฐมภูมิ สะท้อนว่าครอบครัวและชุมชนยังเป็นกลไกหลักของการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังมีความต้องการการสนับสนุนด้านการแบ่งเบาภาระผู้ดูแล การพัฒนาความรู้ของผู้ดูแล และการดูแลด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลี เอี่ยมมมา และรัชนิวัลย์ ปาณรูป (2563) ที่พบว่า

การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว อยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 ความสามารถและความคิดเห็นของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูงข้อเสนอแนะในการดูแล ควรเน้นการดูแลทั้งกาย ใจ และสวัสดิการทางสังคม โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ประกอบด้วย การบริการสุขภาพในชุมชน การบริการสังคมในชุมชน รวมถึงการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ภายใต้รูปแบบ P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation ที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลสะท้อนกลับ ภายใต้การขับเคลื่อนด้วยพลังความรู้พลังภาคประชาชน และพลังนโยบาย ส่งผลให้เกิดการบูรณาการการทำงานระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวทางของ WHO (2015) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมทั้งสมรรถภาพทางกาย สุขภาวะทางจิต และคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มพื้นที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มภายในบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy Ageing) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) และแนวทางการดูแลระยะยาวของกรมอนามัยที่เน้นการบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพควบคู่กับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยเพื่อความปลอดภัยระบบ

2.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นเห็นได้ชัดในกลุ่มพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง แต่ในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ภูเขาห่างไกลยังไม่มีเปลี่ยนแปลงทางสถิติที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนนั้น สะท้อนให้เห็นว่ามิติด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมที่ครอบคลุม การที่ผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองและกึ่งเมืองมีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ การคมนาคมขนส่ง ตลอดจนโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการส่งเสริมสุขภาวะในระดับสังคมที่มีมากกว่า (อรทัย กักผล, 2552) ขณะที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลหรือภูเขายังคงต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ความโดดเดี่ยว และภาระงานดูแลที่ตกอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชุสนทน (2566) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพึ่งพิงปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมาก ดังนั้น การบูรณาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการหนุนเสริมพลังชุมชนจึงสำคัญในพื้นที่ชนบท (Cohen, Uphoff, 1980)

2.3 ความแตกต่างของผลลัพธ์ในแต่ละบริบท ด้านบริบททางเศรษฐกิจและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับสภาพภูมิศาสตร์ การเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม และศักยภาพของระบบสนับสนุนในชุมชน แม้พื้นที่ที่ทดลองจะมีความแตกต่างกันในบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ แต่ยังคงมีความคล้ายคลึงกันในลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ จึงสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ในบริบทพื้นที่ที่หลากหลายได้อย่างเหมาะสม และเพื่อสะท้อนศักยภาพของรูปแบบในการประยุกต์ใช้ในระดับจังหวัดได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับปรุงรูปแบบเพื่อสร้างรูปแบบตามบริบทแต่ละพื้นที่ ดังนี้ 1) แนวคิด Active Aging ในเขตเมืองและกึ่งเมืองมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2566) 2) แนวคิด Community Participation ในเขตชนบท เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดตั้งศูนย์สวัสดิการชุมชนและแบ่งเบาภาระครอบครัว (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562) และ 3) แนวคิด Community Outreach ในเขตภูเขาและพื้นที่ห่างไกล เน้นการให้บริการเชิงรุกร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecare) เพื่อลดอุปสรรคด้านระยะทางและการคมนาคม (Conway, 2019)

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลเชิงป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณพัฒน์ ทรงเย็น (2568) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การประเมินปัญหาความต้องการ การประสานความร่วมมือ การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความรู้ในการดูแลและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Leichsenring (2004) ที่พบว่า ระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพควรบูรณาการบริการสุขภาพและบริการสังคมผ่านความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมทั้งออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดงานวิจัยเนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อยู่ภายใต้บริบทเฉพาะของจังหวัดพะเยา จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยควรปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากร ระบบบริการสุขภาพ และศักยภาพของแต่ละพื้นที่

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการดูแล P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation หน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการทั้งในด้านบริบททางภูมิศาสตร์และสังคมของตนเอง

2. ผลการวิจัยพบว่า ควรใช้ผลการประเมิน ADL สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ได้จากฐานข้อมูลรายบุคคล นำมาจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) และประสานงานส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนและความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพึ่งพิง

2. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและตัวชี้วัดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในบริบทของแต่ละพื้นที่

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ไม่มี

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *บ้านปลอดภัย ไม่เสี่ยงล้ม*. กรุงเทพมหานคร: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพมหานคร: วจันตาครีเอช.
- กรมโยธาธิการและผังเมือง. (2565). *เกณฑ์การจำแนกชุมชนเมืองและชนบทเพื่อการวางแผนพัฒนาพื้นที่*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมอนามัย. (2564). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ชาลี เอี่ยมมา และรัชณีวัลย์ ปาณรูป. (2563). การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 128–135.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254823/173111>
- ญาณพัฒน์ ทรงเย็น. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลกักไศ อำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(6), 262–270. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/5197/3911>
- ประเวศ วะสี. (2551). *สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาและทุนทางสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรยุทธ ชูสุทน. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 65–69.
<https://www.thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13292/10865>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาภาคเหนือ พ.ศ. 2566–2570*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2568). *รายงานสถิติและฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพะเยา*. พะเยา: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อรรถัย กักผล. (2552). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York, NY: George Braziller.
- Best, J. W. (1981). *Research in education (4th ed.)*. Prentice-Hall.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
[doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-0](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-0)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conway, M. (2019). *Theory of Change: A Practical Tool for Action, Results and Learning*. New York, NY: ActKnowledge.

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Krueger, R. A. (1998). *Developing questions for focus groups (Focus Group Kit 3)*. Sage Publications.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, e10. <https://doi.org/10.5334/ijic.91>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.