เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

วิทยา สาธาอาจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

Development of a Care Model for Dependent Older Adults Ban Yang Piang Sub-district Health Promoting Hospital, Omkoi District, Chiang Mai Province.

วิทยา สาธาอาจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง
Wittaya Sathaart
Ban Yang Piang Subdistrict Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา: ประเทศไทยเผชิญสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความท้าทายในการจัดบริการดูแลที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ภูเขาสูงที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 2.01 แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแล สถานการณ์ ปัญหา ทรัพยากร และความต้องการ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสานวิธี 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้และผู้ดูแลหลัก 16 คู่ เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน (2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล 32 ราย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วย Content Analysis และ (3) การพัฒนารูปแบบโดยการบูรณาการข้อมูลและนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัย: พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแล 4 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการ สุขภาพ ($p<0.05$) ปัญหาหลัก 5 ประการ คือ ข้อจำกัดด้านกำลังคนและเวลา (ร้อยละ 68.75) ความรู้และทักษะจำกัด (ร้อยละ 62.50) ภาระผู้ดูแล (ร้อยละ 56.25) ขาดความต่อเนื่อง (ร้อยละ 43.75) และทรัพยากรจำกัด (ร้อยละ 37.50) ทรัพยากร 4 ประการ คือ ผู้ดูแลและครอบครัว อาสาสมัคร สาธารณสุข ภูมิปัญญาท้องถิ่น และโครงการสวัสดิการภาครัฐ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) หลักการและแนวคิด 3 ประการ (2) โครงสร้างและกลไก 3 ระดับ (3) กระบวนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน และ (4) กิจกรรมและบริการหลัก 6 ด้าน

สรุปผล: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, รูปแบบการดูแล, การดูแลแบบบูรณาการ, การดูแลในชุมชน, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

Background: Thailand is experiencing a complete aging society with a continuous increase in the dependent elderly population, creating significant challenges in providing quality care services, particularly in remote rural areas with limited resources and personnel. Yang Piang Subdistrict, Omkoi District, Chiang Mai Province is a mountainous area where 2.01% of the elderly population have functional dependency, yet lacks a systematic care model.

Objectives: To examine factors related to care receipt, investigate the situation, problems, resources, and needs, and develop an appropriate care model for dependent elderly persons suitable for the context of Ban Yang Piang Subdistrict Health Promoting Hospital.

Methods: A three-phase mixed-methods design was employed: (1) Quantitative research with 16 pairs of dependent elderly persons and their primary caregivers as samples. Data were collected using three-part questionnaires and analyzed with descriptive and inferential statistics. (2) Qualitative research with 32 key informants including health personnel, village health volunteers, community leaders, caregivers, and experts. Data were gathered through in-depth interviews and focus group discussions, then analyzed using content analysis. (3) Model development through data integration and expert validation.

Results: Four groups of factors significantly related to care receipt were identified: personal characteristics, health status, social support, and access to health services ($p<0.05$). Five major problems were found: limited manpower and time (68.75%), limited knowledge and skills (62.50%), caregiver burden (56.25%), lack of continuity (43.75%), and resource constraints (37.50%). Four types of resources were identified: caregivers and families, village health volunteers, local wisdom, and government welfare programs. The developed model comprised four components: (1) three fundamental principles and concepts, (2) three-level structure and mechanisms, (3) six-step operational process, and (4) six core activity and service domains.

Conclusion: The developed model is appropriate and feasible for implementation. It can serve as a guideline for developing care systems in subdistrict health promoting hospitals and similar contexts.

Keywords: Dependent elderly, Care model, Integrated care, Community-based care, Elderly caregivers

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญที่ประเทศไทยกำลังเผชิญในศตวรรษที่ 21 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) แสดงให้เห็นว่าประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2580 สัดส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 (United Nations, 2019) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุมาพร้อมกับ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependency) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล ข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณร้อยละ 10-15 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564).

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและมีผลกระทบกว้างขวางทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และระบบสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน (Multimorbidity) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Beard et al., 2016) ในขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักประสบภาระการดูแล (Caregiver Burden) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการเงิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแลเอง (Adelman et al., 2014) ในระดับระบบสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพและสังคมโดยรวม (Colombo et al., 2011)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงเป็นหน้าที่ของครอบครัว สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่เน้นหลักกตัญญูกตเวที อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว การย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงาน และการเพิ่มขึ้นของสตรีในตลาดแรงงาน ทำให้ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลง (Knodel et al., 2010) ในขณะเดียวกัน ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ยังขาดรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลส่วนใหญ่เน้นการรักษาโรคเฉพาะหน้าและขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563)

แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการในชุมชน (Community-Based Integrated Care) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวคิดนี้เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพและบริการทางสังคม การประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในระดับต่างๆ การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิต (Valentijn et al., 2013) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ได้เสนอกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เน้นความสำคัญของการสร้างระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ในแผนพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการเป็นศูนย์กลางของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังประสบอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และโครงสร้างพื้นฐานการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่จึงมีความจำเป็น

ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะภูเขาห่างไกล และมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 15.96 และมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.01

(ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568) พื้นที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงชัน การคมนาคมลำบาก และประชากรส่วนหนึ่งเป็นชนเผ่ามีวัฒนธรรมและภาษาที่แตกต่าง ความท้าทายเหล่านี้ส่งผลให้การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีความยากลำบากและไม่เป็นระบบ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ขาดการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล และระบบบริการสุขภาพยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรม

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการได้รับการดูแล สถานการณ์ ปัญหา ทรัพยากร และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รูปแบบที่พัฒนาอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎี โดยมีการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และสนับสนุนการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

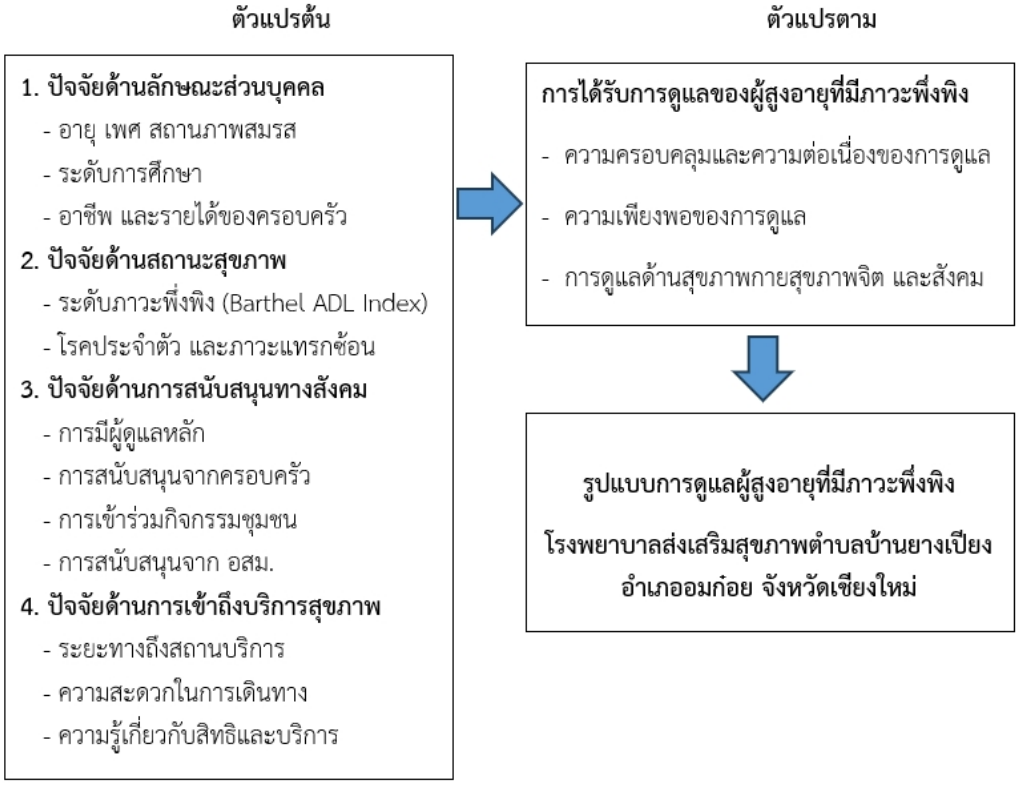
วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ทรัพยากร และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ และระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การสังเคราะห์ข้อมูลจากทั้งสองวิธีการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประชากร

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง จำนวน 16 คู่ รวมจำนวนทั้งหมด 32 คน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ คือ บุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและสาธารณสุขชุมชน

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบ คือ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งผู้บริหารระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง กับการกำหนดนโยบายและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ : ใช้การสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population) จำนวน 16 คู่ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะพึ่งพิงระดับติดบ้านหรือติดเตียง มีผู้ดูแลหลักที่ดูแลอย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ : ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 ราย ประกอบด้วย (1) บุคลากรสาธารณสุข 4 ราย (2) อาสาสมัครสาธารณสุข 12 ราย (3) ผู้นำชุมชนและผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล 5 ราย (4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล 8 ราย และ (5) ผู้เชี่ยวชาญ 3 ราย เลือกตามหลักการความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบ ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 9 ราย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน ผู้บริหารระดับอำเภอ และผู้นำชุมชนในพื้นที่

เครื่องมือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 15 ข้อ แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI 26 ข้อ (4 ด้าน ค่าความเชื่อมั่น 0.84) และแบบประเมินการดูแล 20 ข้อ (4 ด้าน ค่า IOC 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.92)

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 4 ชุด แนวคำถามสนทนากลุ่ม 2 ชุด เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบเบื้องต้น และใช้วิธี Triangulation

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบ ใช้ร่างรูปแบบที่บูรณาการจากระยะที่ 1 และ 2 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ 6 ด้าน (Rating Scale 5 ระดับ) และแนวคำถามสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 แบบประเมินการได้รับการดูแลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

เครื่องมือเชิงคุณภาพ: แนวคำถามการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเข้าใจของคำถามกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 5 ราย เพื่อปรับปรุงความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ใช้วิธีการสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี และตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ: ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทาง statistics วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient และ Spearman's rank correlation coefficient เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดเทปบันทึกเสียงเป็นข้อความ อ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจโดยรวม จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นหลัก สร้างรหัส (Coding) และหมวดหมู่ (Categories) วิเคราะห์ความสัมพันธ์และรูปแบบของข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์พร้อมการอ้างอิงข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์

การบูรณาการข้อมูล: นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทางทฤษฎี จัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อระดมความคิดเห็นและพัฒนาร่างรูปแบบการดูแล นำร่างรูปแบบเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ จนได้รูปแบบสุดท้าย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 16 ราย ผู้ดูแลหลัก 16 ราย และผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาเชิงคุณภาพจำนวน 32 ราย ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้สูงอายุและผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยที่สำคัญสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.2 มีอายุเฉลี่ย 74.3 ปี (SD = 7.2) โดยมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 60-69 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากันที่ร้อยละ 25.0 ส่วนสถานภาพสมรสกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 56.25 รองลงมา สมรส/อยู่กินด้วยกัน ที่ร้อยยละ 37.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 31.2 ด้านอาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 87.50 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 12.5 ด้านรายได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ส่วนตัว ร้อยละ 50.0 และลักษณะการพักอาศัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 68.7 รองลงมาอยู่กับคู่สมรสและอยู่กับญาติ ร้อยละ 18.7 และ 12.6 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว โดยพบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือโรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ ร้อยละ 56.25 และเบาหวาน ร้อยละ 50.00 โดยมีจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ย 3.1 โรค (SD = 1.4) และจำนวนยาที่รับประทานประจำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาประจำเฉลี่ย 4.8 ชนิด (SD = 2.1) สูงสุดที่จำนวน 4-6 ชนิด ร้อยละ 56.2 ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการล้มกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยล้ม ร้อยละ 56.2 รองลงมา เคยล้มแต่ไม่บาดเจ็บ และเคยล้มและบาดเจ็บ ที่ร้อยละ 31.2 และร้อยละ 12.6 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาระดับภาวะพึ่งพิงพบว่า ร้อยละ 62.50 อยู่ในระดับติดบ้าน และร้อยละ 37.50 อยู่ในระดับติดเตียง โดยมีคะแนน Barthel ADL Index เฉลี่ย 6.8 คะแนน (SD = 3.2)

1.3 ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 68.75 มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลในระดับดีมาก ร้อยละ 50.00 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี ร้อยละ 56.25 อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเลย ร้อยละ 81.25 และไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมใดๆ ร้อยละ 87.50 เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1-2 กิโลเมตร ร้อยละ 43.75 ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ ร้อยละ 56.25 และมีความสะดวกในการเดินทางในระดับค่อนข้างไม่สะดวก ร้อยละ 50.00

1.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 47.2 ปี (SD = 9.8) โดยมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 43.8 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.7 รองลงมา เป็นคู่สมรส ร้อยละ 18.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ มาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3.4 ปี (SD = 2.1) สูงสุดที่ 1 - 3 ปี ร้อยละ 43.8 และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ร้อยละ 75.0 และมีจำนวนร้อยละ 6.2 ที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล

1.5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 65.0, SD = 12.8) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย = 21.6, SD = 5.3) รองลงมาคือด้านสุขภาพกาย (ค่าเฉลี่ย = 18.4, SD = 4.2) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย = 16.8, SD = 3.7) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ค่าเฉลี่ย = 8.2, SD = 2.1) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละด้าน (n=16)

ด้านคุณภาพชีวิต	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	35	18.4 (4.2)	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	30	16.8 (3.7)	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	15	8.2 (2.1)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	40	21.6 (5.3)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	120	65.0 (12.8)	ปานกลาง

และเมื่อพิจารณาการจำแนกระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านที่มีสัดส่วนผู้มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางมากที่สุดคือด้านจิตใจ ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือด้านสุขภาพกายและด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 56.2 เท่ากัน และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 50.0 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีมีสัดส่วนสูงสุดในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 37.5

1.6 การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 97.4, SD = 16.8) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความครอบคลุมของการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 63.4, SD = 11.2) โดยด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 32.4 และ 16.2 ตามลำดับ) ขณะที่ด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 14.8, SD = 3.2) นอกจากนี้ ความต่อเนื่องของการดูแล (ค่าเฉลี่ย = 15.6, SD = 3.6) และความเพียงพอและความพึงพอใจต่อการดูแล (ค่าเฉลี่ย = 18.4, SD = 4.2) อยู่ในระดับมากเช่นกัน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละด้าน (n=16)

ด้านการได้รับการดูแล	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ
ความครอบคลุมของการดูแล			
ด้านสุขภาพกาย	50	32.4 (6.8)	มาก
ด้านสุขภาพจิต	25	16.2 (3.4)	มาก
ด้านสังคม	25	14.8 (3.2)	ปานกลาง
รวมความครอบคลุม	100	63.4 (11.2)	มาก
ความต่อเนื่องของการดูแล	25	15.6 (3.6)	มาก
ความเพียงพอและความพึงพอใจ	30	18.4 (4.2)	มาก
การได้รับการดูแลโดยรวม	155	97.4 (16.8)	มาก

1.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับการได้รับการดูแล จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.421$, $p = 0.047$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มได้รับการดูแลน้อยลง นอกจากนี้ พบว่าลักษณะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.286$, $p = 0.035$) โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร/หลานได้รับการดูแลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 102.8) รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส (ค่าเฉลี่ย = 96.3) และอยู่กับญาติ (ค่าเฉลี่ย = 78.5) ตามลำดับ ขณะที่เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ส่วนตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับการได้รับการดูแล (n=16)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	การได้รับการดูแล	สถิติทดสอบ	p-value
เพศ		χ^2 = 0.428	0.513
ชาย (n=7)	94.3 (15.2)		
หญิง (n=9)	99.6 (18.1)		
อายุ		r = -0.421*	0.047
ระดับการศึกษา		F = 2.846	0.092
ไม่ได้เรียนหนังสือ (n=5)	88.6 (14.3)		
อ่านออกเขียนได้ (n=4)	96.2 (16.5)		
ประถมศึกษา (n=7)	104.8 (17.2)		
สถานภาพสมรส		F = 3.124	0.075
สมรส/อยู่กินด้วยกัน (n=6)	106.3 (15.8)		
หม้าย (n=9)	92.4 (16.2)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (n=1)	84.0 (-)		
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน		F = 1.842	0.196
ไม่มีรายได้ (n=8)	92.6 (15.4)		
น้อยกว่า 3,000 บาท (n=6)	98.8 (17.2)		
3,000 บาทขึ้นไป (n=2)	110.5 (18.6)		
ลักษณะการพักอาศัย		F = 4.286*	0.035
อยู่กับบุตร/หลาน (n=11)	102.8 (15.2)		
อยู่กับคู่สมรส (n=3)	96.3 (18.4)		
อยู่กับญาติ (n=2)	78.5 (12.6)		

*p < 0.05

1.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกับการได้รับการดูแล พบว่า ระดับภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.542, p = 0.003) โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับติดเตียง ได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่อยู่ในระดับติดบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 110.8 และ 89.4 ตามลำดับ) คะแนน Barthel ADL Index มีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.628, p = 0.009) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่ำกว่าได้รับการดูแลมากกว่า จำนวนโรคประจำตัว (r = 0.486, p = 0.031) และจำนวนยาที่รับประทาน (r = 0.524, p = 0.021) มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 5.842, p = 0.008) โดยผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาบ่อยครั้งได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกับการได้รับการดูแล (n=16)

ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ	การได้รับการดูแล	สถิติทดสอบ	p-value
ระดับภาวะพึ่งพิง		t = -3.542**	0.003
ติดบ้าน (n=10)	89.4 (13.2)		
ติดเตียง (n=6)	110.8 (14.6)		

ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ	การได้รับการดูแล	สถิติทดสอบ	p-value
คะแนน Barthel ADL Index		r = -0.628**	0.009
จำนวนโรคประจำตัว		r = 0.486*	0.031
จำนวนยาที่รับประทาน		r = 0.524*	0.021
ประวัติการเข้ารักษา (1 ปี)		F = 5.842**	0.008
ไม่เคย (n=8)	86.2 (12.4)		
เคย 1-2 ครั้ง (n=6)	104.6 (15.8)		
เคย 3 ครั้งขึ้นไป (n=2)	118.5 (16.2)		
ประวัติการล้ม (6 เดือน)		F = 2.168	0.148
ไม่เคยล้ม (n=9)	93.8 (15.2)		
เคยล้ม (n=7)	102.4 (18.6)		

*p < 0.05, **p < 0.01

1.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับการได้รับการดูแล พบว่า ผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 3.628, p = 0.048) โดยผู้สูงอายุที่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ได้รับการดูแลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 102.6) ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 6.842, p = 0.006) โดยผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในระดับดีมากกับผู้ดูแลได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 8.246, p = 0.003) โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่า

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับการได้รับการดูแล (n=16)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	การได้รับการดูแล	สถิติทดสอบ	p-value
ผู้ดูแลหลัก		F = 3.628*	0.048
บุตร (n=11)	102.6 (15.4)		
คู่สมรส (n=3)	95.3 (17.2)		
หลาน (n=2)	78.5 (12.8)		
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล		F = 6.842**	0.006
ดีมาก (n=8)	108.4 (14.2)		
ดี (n=7)	92.6 (15.8)		
ปานกลาง (n=1)	68.0 (-)		
การสนับสนุนจากครอบครัว		F = 8.246**	0.003
เป็นอย่างดี (n=9)	107.8 (13.6)		
บ้างเป็นครั้งคราว (n=6)	88.4 (16.2)		
เพียงเล็กน้อย (n=1)	64.0 (-)		
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน		t = -1.842	0.084
ไม่ได้เข้าร่วม (n=13)	94.6 (16.4)		
เข้าร่วมบ้าง (n=3)	108.3 (17.2)		

*p < 0.05, **p < 0.01

1.7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการได้รับการดูแล พบว่า ความสะดวกในการเดินทางมีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 4.628, p = 0.028) โดยผู้สูงอายุ ที่มีความสะดวกในการเดินทางมากกว่า ได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่มีความสะดวกน้อยกว่า ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล (F = 5.842, p = 0.009) และความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (F = 6.124, p = 0.007) มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจมากกว่าได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่มีความรู้น้อยกว่า ขณะที่ระยะทางถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการได้รับการดูแล (n=16)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	การได้รับการดูแล	สถิติทดสอบ	p-value
ระยะทางถึง รพ.สต.		r = -0.318	0.112
ความสะดวกในการเดินทาง		F = 4.628*	0.028
ค่อนข้างไม่สะดวก (n=8)	88.6 (14.2)		
ปานกลาง (n=6)	102.4 (16.8)		
ค่อนข้างสะดวก (n=2)	116.5 (15.4)		
ความรู้เกี่ยวกับสิทธิฯ		F = 5.842**	0.009
รู้และเข้าใจพอสมควร (n=9)	104.8 (14.6)		
รู้บ้างแต่ไม่ค่อยเข้าใจ (n=5)	88.4 (16.2)		
ไม่รู้ไม่เข้าใจเลย (n=2)	74.5 (12.8)		
ความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ		F = 6.124**	0.007
รู้และเข้าใจพอสมควร (n=10)	106.2 (15.2)		
รู้บ้างแต่ไม่ค่อยเข้าใจ (n=5)	84.6 (14.8)		
ไม่รู้ไม่เข้าใจเลย (n=1)	68.0 (-)		

*p < 0.05, **p < 0.01

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 32 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน ผู้นำชุมชนและผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน ผู้สูงอายุและผู้ดูแล 8 คน และผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

2.1 สรุปสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 6 สรุปสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด	ผลกระทบ	แหล่งข้อมูล
ข้อจำกัดด้านกำลังคนและเวลาในการดูแล	ผู้ดูแลหลัก ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพควบคู่กับการดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้สูงอายุมักถูกทิ้งไว้ตามลำพังในเวลากลางวัน	การดูแลไม่ทั่วถึง ล่าช้าในการนำผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อมีอาการฉุกเฉิน	บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ดูแล
ความรู้และทักษะที่จำกัดของผู้ดูแล	ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการจัดการพฤติกรรม และการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การล้ม	ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข
ภาระการดูแลและความเครียดของผู้ดูแล	ผู้ดูแลประสบภาระทั้งทางกาย ใจ และการเงิน นอนไม่หลับ รู้สึกเครียดและเหนื่อยหน่าย	ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลเอง บางรายเจ็บป่วยจนต้องมารับการรักษา	ผู้ดูแล อสม.

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด	ผลกระทบ	แหล่งข้อมูล
การขาดความต่อเนื่องในการดูแล	ขาดการติดตามอย่างเป็นระบบหลังจากออกจากโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ไม่เชื่อมโยง	ครอบครัวไม่ทราบแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง ปล่อยไว้จนเกิดปัญหาซ้ำซ้อน	บุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ
ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอุปกรณ์	ครอบครัวยากจนไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอุปกรณ์จำกัดและไม่เพียงพอ	การดูแลไม่ได้มาตรฐาน ใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้การดูแลลำบากและไม่ปลอดภัย	ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข

2.2 ทรัพยากรและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 7 สรุปทรัพยากรและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทรัพยากร/ศักยภาพ	รายละเอียด	จุดเด่น	การนำมาใช้ประโยชน์
เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง	มีอาสาสมัครสาธารณสุข 41 คนใน 6 หมู่บ้าน ทำงานอย่างทุ่มเท รู้จักทุกครอบครัวในชุมชน	เป็นสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ สามารถเฝ้าระวังและรายงานปัญหาได้ทันท่วงที	เป็นแกนหลักในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
ความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน	ครอบครัวและชุมชนมีความผูกพัน มีวัฒนธรรมการช่วยเหลือกัน รักกันเหมือนพี่น้อง	มีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแรง ชุมชนพร้อมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จัดระบบพี่เลี้ยงชุมชน
ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ	มีสมุนไพรท้องถิ่น การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร ที่ช่วยบรรเทาอาการได้ดี	เป็นทรัพยากรที่หาได้ในท้องถิ่น เป็นที่ยอมรับของชุมชน สามารถใช้เสริมการรักษาได้	บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์สมัยใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุ
การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล	มีงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนการจัดกิจกรรมและจัดหาอุปกรณ์	มีแหล่งทุนที่สามารถพึ่งพาได้ มีความพร้อมในการสนับสนุนโครงการที่ดี	ประสานงานเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร

2.3 ความต้องการและความคาดหวังในการดูแล

ตารางที่ 8 สรุปความต้องการและความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ความต้องการ/ความคาดหวัง	เหตุผล/ความสำคัญ
ผู้ดูแล	การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล: ต้องการการอบรมและคำแนะนำที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ มีคู่มือที่เข้าใจง่าย	เพื่อสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง ลดความกังวลว่าจะทำผิดพลาด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ผู้สูงอายุและผู้ดูแล	การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและต่อเนื่อง: ต้องการบริการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ มีช่องทางติดต่อฉุกเฉิน มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง	เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ทันท่วงที ไม่ต้องรอให้อาการรุนแรง มีความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
ผู้ดูแลและผู้นำชุมชน	การสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก: ต้องการกองทุนหรือโครงการช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์สำหรับครอบครัวยากจน	เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและปลอดภัย ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว
ผู้ดูแล	การสนับสนุนด้านจิตใจและการแบ่งเบาภาระ: ต้องการกลุ่มผู้ดูแลสำหรับแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีบริการพักผ่อนชั่วคราว (Respite care)	เพื่อลดความเครียด มีกำลังใจในการดูแล ป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเหนื่อยหน่ายจนเจ็บป่วย

2.4 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 9 สรุปองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์ประกอบ	รายละเอียด	หลักการ/แนวคิดที่ใช้
1. หลักการและแนวคิดพื้นฐาน	• การดูแลแบบบูรณาการและองค์รวม (ครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) • การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (บุคลากรสาธารณสุข อสม. ครอบครัว ชุมชน อบต.) • ความยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบท	• Community-Based Integrated Care (Valentijn et al., 2013) • Ottawa Charter for Health Promotion (WHO, 1986) • ทรัพยากรและวัฒนธรรมท้องถิ่น

องค์ประกอบ	รายละเอียด	หลักการ/แนวคิดที่ใช้
2. โครงสร้างและกลไกการทำงาน	**ระดับที่ 1: ระดับนโยบายและการบริหารจัดการ** 1)คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อน 2)แผนการดูแลประจำปี 3)ระบบข้อมูลสารสนเทศ **ระดับที่ 2: ระดับปฏิบัติการ** 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) อาสาสมัครสาธารณสุข 3) เครือข่ายผู้ดูแลชุมชน **ระดับที่ 3: ระดับครอบครัวและผู้สูงอายุ** 1) ผู้สูงอายุและครอบครัว 2) แผนการดูแลรายบุคคล	การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการ 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายถึงระดับปฏิบัติ
3. กระบวนการดำเนินงาน	**ขั้นที่ 1:** การคัดกรองและประเมินสุขภาพ (ใช้ Barthel ADL, WHOQOL-BREF-THAI) **ขั้นที่ 2:** การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (4 มิติ) **ขั้นที่ 3:** การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (อบรม จัดทำคู่มือ) **ขั้นที่ 4:** การดำเนินการดูแลและติดตาม (เยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ) **ขั้นที่ 5:** การประเมินผลและปรับปรุง (ทุก 3 เดือน)	กระบวนการวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ที่เน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
4. กิจกรรมหลักและบริการ	**1) บริการทางการแพทย์และการพยาบาล** **2) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล** (4 หลักสูตร) **3) การสนับสนุนด้านจิตสังคม** **4) การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์** **5) การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น** **6) การประสานและเชื่อมโยงบริการ**	การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุ

2.5 การทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 15 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยได้รับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะดังนี้

ตารางที่ 10 สรุปความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ประเด็นการประเมิน	ผู้ให้ความเห็น	ความคิดเห็น	ข้อเสนอแนะ
ความเหมาะสมของรูปแบบ	ผู้เชี่ยวชาญ (n=3)	รูปแบบมีความครอบคลุม สอดคล้องกับหลักวิชาการและแนวทางการดูแลระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข การเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเหมาะสมกับบริบท	ควรมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้จริง ทั้งด้านผลลัพธ์และกระบวนการ
ความเหมาะสมของรูปแบบ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n=15)	รูปแบบตอบโจทย์ความต้องการและปัญหาในพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการมีช่องทางติดต่อที่สะดวก	ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบอย่างกว้างขวาง
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	บุคลากรสาธารณสุข (n=4)	พร้อมดำเนินการตามรูปแบบ ไม่ซับซ้อนเกินไป ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เป็นหลัก จัดระบบให้ชัดเจนขึ้น ทำให้การทำงานมีทิศทางและประสิทธิภาพมากขึ้น	ควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมงานเป็นระยะๆ เพื่อพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	อาสาสมัครสาธารณสุข (n=12)	พร้อมช่วยดำเนินการ ถ้าได้รับการอบรมและมีคู่มือที่ชัดเจน เชื่อว่าทำได้เพราะอยู่ในพื้นที่ รู้จักทุกคน	-
ด้านงบประมาณและทรัพยากร	ผู้แทน อบต. (n=2)	พร้อมสนับสนุนโครงการที่ดี	ควรมีการประมาณการงบประมาณที่จำเป็นอย่างชัดเจน เพื่อให้ อบต. สามารถจัดสรรได้อย่างเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแล สถานการณ์และปัญหาในการดูแล ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ และพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ครอบคลุมสี่กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล (อายุและลักษณะการพักอาศัย) ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ (ระดับภาวะพึ่งพิง คะแนน Barthel ADL Index จำนวนโรคประจำตัว และจำนวนยา) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว และผู้ดูแลหลัก) และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ความสะดวกในการเดินทาง ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและบริการ) การศึกษาเชิงคุณภาพเปิดเผยปัญหาห้าประการหลัก คือ ข้อจำกัดด้านกำลังคนและเวลา ความรู้ทักษะที่จำกัด ภาระผู้ดูแล การขาดความต่อเนื่อง และข้อจำกัดทรัพยากร พร้อมทั้งระบุทรัพยากรและศักยภาพ 4 ประการ ได้แก่ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสนับสนุนจาก อบต.

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือหลักการและแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการ (การดูแลแบบบูรณาการและองค์รวม การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และความยั่งยืน) โครงสร้างและกลไกสามระดับ (นโยบาย ปฏิบัติการ และครอบครัว) กระบวนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน (คัดกรอง ประเมิน วางแผน พัฒนาศักยภาพ ดำเนินการ และประเมินผล) และกิจกรรมหลัก 6 ด้าน (บริการทางการแพทย์ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล สนับสนุนด้านจิตสังคม จัดหาอุปกรณ์ บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น และประสานเชื่อมโยงบริการ) รูปแบบนี้ได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่ามีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลสอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศของ Bronfenbrenner (1979) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมและผลลัพธ์ของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสังคม การค้นพบว่าความสัมพันธ์กับผู้ดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแล ยืนยันความสำคัญของทุนทางสังคมในบริบทไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ Knodel และคณะ (2010) ที่แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังคงเป็นแหล่งสนับสนุนหลักสำหรับผู้สูงอายุไทย

การค้นพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้รับการดูแลมากกว่าผู้ที่ติดบ้านสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความต้องการที่เร่งด่วน สอดคล้องกับแนวคิด Needs-Based Care Model ของ Bradshaw (1972) ผลการวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในการดูแลเชิงป้องกันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ยังไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ WHO (2015) ที่เน้นความสำคัญของการดูแลเชิงรุกเพื่อชะลอการดำเนินของภาวะพึ่งพิง

ปัญหาภาระผู้ดูแลที่พบในการวิจัยสอดคล้องกับ Caregiver Stress Process Model ของ Pearlin และคณะ (1990) และการศึกษาของ Schulz และ Beach (1999) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น การค้นพบนี้เน้นความจำเป็นในการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้บรรจุกิจกรรมสนับสนุนด้านจิตสังคมและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลไว้อย่างชัดเจน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิด Community-Based Integrated Care ของ Valentijn และคณะ (2013) ที่เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพในหลายระดับและการมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับการแพทย์สมัยใหม่สอดคล้องกับนโยบายของ WHO (2013) ที่ส่งเสริมการใช้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอย่างเหมาะสม การใช้อาสาสมัครสาธารณสุข

เป็นแกนหลักในการดำเนินงานสอดคล้องกับหลักฐานของ Perry และ Zulliger (2012) ที่แสดงว่าอาสาสมัครสุขภาพชุมชนสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณมีขนาดเล็ก (n=16) เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีจำกัด ทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติอาจไม่เพียงพอ และผลการวิจัยมีข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิง สู่ประชากรในวงกว้าง 2) การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังไม่ได้มีการนำไปทดลองใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบ และ 4) การวิจัยดำเนินการในพื้นที่เฉพาะที่มีบริบทโดดเด่น การนำไปใช้ในพื้นที่อื่นอาจต้องมีการปรับเปลี่ยน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและภาระผู้ดูแล โดยมีการติดตามผลในระยะยาว 2) ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์กับรูปแบบอื่น 3) ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาการปรับใช้รูปแบบในบริบทที่แตกต่าง เช่น พื้นที่เมืองหรือพื้นที่ราบ 4) ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการใช้รูปแบบ และ5) ควรมีการศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ห่างไกล

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 1/2569 เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2568 โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ ผู้เข้าร่วมวิจัย และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถาม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย โรงพยาบาลอมก๋อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและประสบการณ์อันมีค่า และประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566-2570*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ข้อมูลผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ [ฐานข้อมูล]. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2568 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, *311*(10), 1052-1060.

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, *387*(10033), 2145-2154.

Bradshaw, J. (1972). The concept of social need. *New Society*, *19*(496), 640-643.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.

Knodel, J., Teerawichitchainan, B., Prachuabmoh, V., & Pothisiri, W. (2010). *The situation of Thailand's older population: An update based on the 2007 Survey of Older Persons in Thailand*. Institute for Social Research, University of Michigan.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, *30*(5), 583-594.

Perry, H., & Zulliger, R. (2012). *How effective are community health workers?* Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, *282*(23), 2215-2219.

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, *13*, e010.

United Nations. (2019). World population ageing 2019: Highlights. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

World Health Organization. (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. WHO.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. WHO Press.