การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

วิชัย เจริญสุข[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ทำการศึกษาระหว่างธันวาคม 2565-พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม 1) ภาคีเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 75 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 178 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ คือสถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น PARTICARE Model 6 องค์ประกอบ 1) การมีส่วนร่วม 2) การประเมินสภาพและความต้องการ 3) การพัฒนาและเสริมพลังอาสาสมัคร 4) การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ 5) การดำเนินงานและบูรณาการในชุมชน และ 6) การสะท้อนผล หลังการพัฒนาพบว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังนั้นกระบวนการดำเนินงานจากการเตรียมการ การพัฒนาแนวทางและศักยภาพและความรู้ของอาสาสมัครดูแล การนำแนวทางไปใช้จริงในพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ติดตามและประเมินผลสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะยาว และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การดูแลระยะยาว; อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

---

[*] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

[a] Corresponding author: วิชัย เจริญสุข Email: chai.charonesook@gmail.com

รับบทความ: 14 ต.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 21 ต.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ต.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ม.ค. 69

The Guideline Development of the Participation for the Elderly Long-term Care Performance of Caregivers in Chalermphrakiat District, Buriram Province

Wichai Charonesook[*a]

Abstract

This action research aimed to develop the participatory guidelines for the elderly long-term care performance among caregivers in Chalermphrakiat District, Buriram Province. The study was conducted between December 2022 and November 2024. Samples of 3 groups consisted of 1) 33 network partners for qualitative study, 2) 75 caregivers selected through purposive sampling technique and 3) 178 elderly persons in long-term care program. Quantitative data was collected using questionnaires and qualitative data was collected using in-depth interviews and focus group discussions. Data analyses were performed using descriptive statistics and paired t-test with 0.05 significance level. Content analyses were used to examine qualitative data.

The results showed that, the developed participated guideline for the elderly long-term care named "PARTICARE Model" (Participatory Long-Term Care Model), consisted of 6 elements: 1) participation, 2) assessment, 3) readiness & capacity building, 4) team-based care, 5) implementation & integration, and 6) reflection & evaluation. The long-term care practices and participations in caring for dependent elderly of caregiver had after a process of development was considered significantly better than before the process (p-value<0.001) and quality of life among the dependent elderly after development was significantly higher than before the development (p-value<0.001). Therefore, the operational process beginning with preparation, followed by developing participatory guidelines and enhancing volunteers' capacity and knowledge, implementing the guideline in real community settings to ensure continuous care, and finally, monitoring and evaluation were proved effective in improving the quality of long-term care and enhancing the quality of life among dependent older adults in the community.

Keywords: Participation; Dependent elderly; Long-term care; Caregiver

[*] Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level. Buriram Provincial Public Health Office

[a] Corresponding author: Wichai Charonesook Email: chai.charonesook@gmail.com

Received: Oct. 14, 25; Revised: Oct. 21, 25; Accepted: Oct. 22, 25; Published Online: Jan. 7, 26

บทนำ

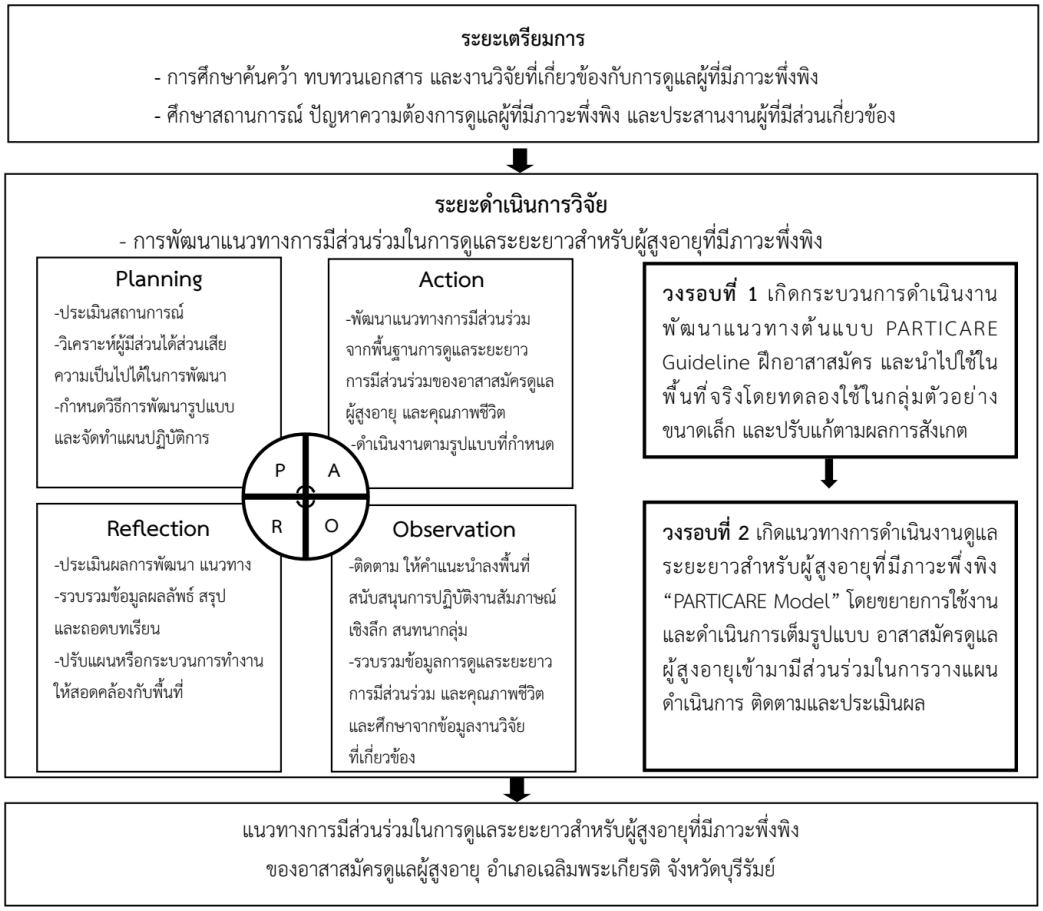
การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อประชากรในแต่ละพื้นที่มีอายุสูงขึ้น โดยสังเกตได้จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีสาเหตุมาจากการเกิดที่ลดลงและอายุของผู้คนยืนยาวขึ้น[1] ประชาการสูงอายุประเทศไทยมีประมาณ 8.50 ล้านคน ร้อยละ 13.20 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2562 เป็นต้นมานับว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ปี 2565 มีผู้สูงอายุ 13.14 ล้านคน ร้อยละ 18.80 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่ทำงาน 4.74 ล้านคน ร้อยละ 36.10 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด[2] มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเปลี่ยนแปลงไป ในปีงบประมาณ 2564 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 50.63[3] มีอัตราสวนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ร้อยละ 30.5 มีสัดสวนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 3.60 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 11.98 ในป 2564 เกิดการหกลมในระหว่าง 6 เดือนกอนวันสัมภาษณ์ ร้อยละ 6.40 และมีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.30 และติดบ้าน ร้อยละ 1.80 ปีงบประมาณ 2565 สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 จากการคัดกรอง ADL ไตรมาสที่ 1-2 มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 2.55 และในไตรมาสที่ 3-4 ร้อยละ 2.97 จังหวัดบุรีรัมย์ ในไตรมาสที่ 1-2 ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 1.44 และในไตรมาส ที่ 3-4 ร้อยละ 4.29[4]

รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการจัดบริการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน และสถานบริการ และมีชุดสิทธิประโยชน์บริการด้านการแพทย์ เช่น ตรวจคัดกรองประเมินความต้องการดูแล เยี่ยมบ้าน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กายภาพบำบัด และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการออกแบบระบบบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีหลักการที่สำคัญคือ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนโดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี[5] จังหวัดบุรีรัมย์ได้มีการดำเนินการในพื้นที่พบปัญหาและอุปสรรค เช่น ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจในต่อระเบียบการใช้จ่ายงบ การจัดผู้ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดมารับการอบรม CG ค่อนข้างยาก หรือปัญหาการอบรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ CM ไม่ได้ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพการเบิกจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า[6] ในปี 2564 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ พบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 1.79[4] ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แม้ว่าจะมีหน่วยงานสนับสนุนบริการ แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือเคลื่อนย้ายพลิกตะแคงตัว ครอบครัวที่

ไม่มีประสบการณ์ ความรู้ที่ไม่ถูกต้องทำให้ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพมีประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวและพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[7-9] สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Kemmis and McTaggart[7] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1,339 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) นักกายภาพบำบัด 3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล 6) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) และ 9) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย จำนวน 32 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอจึงศึกษาจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 75 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[10] สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด (Population size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) ดังนี้

สูตร $$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2p(1-p)}$$

เมื่อกำหนดให้ n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ, N คือ ขนาดประชากรทั้งหมด, Z คือ ค่า Z-score ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% `เท่ากับ 1.960, p คือ สัดส่วนของประชากรที่คาดว่ามีลักษณะเป้าหมาย เท่ากับ 0.5, d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{328 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(328-1)+1.960^2 \times 0.5(1-0.5)} \qquad n = 177.23$$

ดังนั้นจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 178 คน จากประชากรทั้งหมด 328 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการ สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย
3) มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0-11 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้
2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ 8) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3 ท่านมีระดับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก, 2 ท่านมีระดับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง, 1 ท่านมีระดับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีการดูแลน้อย (1.00-1.66 คะแนน) มีการดูแลปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) มีการดูแลมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3 ท่านมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก, 2 ท่านมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง, 1 ท่านมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีส่วนร่วมน้อย (1.00-1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มี 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ผู้ดูแลหลัก 5) รูปแบบการอยู่อาศัย และ 6) ภาวะพึ่งพิงตาม ADL
ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย[11] มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61-95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guidelines) โดยประเด็นคำถาม 9 ข้อ เป็นประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring opinions) คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 4 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยเป็นข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย[11] ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.87 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95

การดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วเท่านั้น มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ซึ่งรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

1) ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนรวมถึงการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิจัย

2) จัดประชุมและประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย ขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยมีรายละเอียดมีดังนี้

1) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) การสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นแบบเดิมการดำเนินการในชุมชน ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนงาน

2) สรุปข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นตามแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสอดคล้องกับบริบทชุมชน โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมทุกมิติแก่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชนทั่วไป รวมทั้งมีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดดูและผู้สุงอายุที่มีภาวะพึ่งเกิดประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

3) กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม และวางแผนงานโครงการการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รูปแบบที่พัฒนาจะเน้นการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการตามโครงสร้าง นำปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมาสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทจริง ขยายภาคีเครือข่ายไปสู้กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ วัด, โรงเรียน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ที่มีในชุมชน สร้างกิจกรรมใหม่ในการอบรมครอบครัวเป็นผู้ดูแลเบื้องต้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะจิตสังคม รวมทั้งมีระบบติดตามและประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัว ไม่จำกัดเพียงการตรวจสอบงบประมาณหรือกิจกรรมตามระเบียบกองทุนตำบล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบ (Model development) โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานการดูแลสุขภาพระยะยาว ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริง โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามการปฏิบัติงาน การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำและสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสังเกต

และจดบันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใช้แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิต ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกันและเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการพัฒนา รวมถึงกำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับการดูแล ระดับการมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัครให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เลขที่ BRO 2022-076 รับรองระหว่าง วันที่ 16 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2565 จำนวน 6,603 คน คิดเป็นร้อยละ 25.85 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 1.28 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคข้อเสื่อม และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม ในปัจจุบันดำเนินการภายใต้โครงการ “การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC)” อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบการดูแล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครและชุมชนยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร การดูแลส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปที่การเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือพื้นฐาน ขณะที่การวางแผนการดูแลแบบบูรณาการและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ยังมีข้อจำกัด โดยพบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้การให้บริการดูแลต่อเนื่องมีช่องว่าง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพไม่เท่ากัน และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งครอบครัวบางส่วนมองว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระ ขณะที่ชุมชนยังไม่มีระบบสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. การพัฒนาและการประเมินผลการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

2.1 การวางแผน (Plan) จากการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ โดยการศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการสนทนากลุ่มสะท้อนประเด็นที่สำคัญในสภาพการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประเมินความต้องการเบื้องต้น และประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนด้านวิชาการและการประเมินสุขภาพ รวมถึงการจัดอบรมให้กับอาสาสมัคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร มีการจัดระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัคร จากการดำเนินงานพบว่ามีภาคีเครือข่ายที่หลากหลายและมีความตั้งใจในการดูแลผู้สูงอายุ มีระบบเยี่ยมบ้านและการประเมินสุขภาพที่ชัดเจน แต่ขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ขาดระบบติดตามผลที่เป็นระบบ และอาสาสมัครบางรายยังขาดทักษะเฉพาะทาง มีข้อเสนอแนะการพัฒนาเป็น แนวทางการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและขยายผลไปยังตำบลอื่น

2.2 การปฏิบัติการ (Action) การจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ จากขั้นตอนการวางแผล โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานการดูแลสุขภาพระยะยาว ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน พบว่าก่อนการใช้รูปแบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีภาพรวมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=1.52, SD=0.15) ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ การขาดความรู้ในการดูแล และการขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจนในระดับครัวเรือนและชุมชน ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลสุระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

2.3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิต พบว่าการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.42, SD=0.22) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X}$=2.55, SD=0.35) รองลงมาคือด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($\bar{X}$=2.54, SD=0.35) และด้านสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน ($\bar{X}$=2.18, SD=0.15) ตามลำดับ เห็นได้ว่าประสิทธิภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้นในการยกระดับคุณภาพการดูแลในมิติสำคัญ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=75)

การดูแล	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	t	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD					
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.57	0.28	น้อย	2.55	0.34	มาก	0.94	22.244	0.89-0.99	<0.001*
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	1.49	0.25	น้อย	2.54	0.35	มาก	0.91	21.631	0.85-0.97	<0.001*
3. ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน	1.47	0.29	น้อย	2.18	0.15	มาก	0.68	18.283	0.61-0.76	<0.001*
ภาพรวม	**1.52**	**0.15**	**มาก**	**2.42**	**0.22**	**มาก**	**0.90**	**33.259**	**0.85-0.96**	**<0.001***

*p-value<0.05

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภาพรวมหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.49, SD=0.13) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับผลประโยชน์ ($\bar{X}$=2.57, SD=0.31) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($\bar{X}$=2.49, SD=0.26) และด้านการตัดสินใจและการประเมินผล ($\bar{X}$=2.48, SD=0.22 และ $\bar{X}$=2.48, SD=0.24) ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงการเสริมสร้างบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความร่วมมือระหว่างอาสาสมัคร ครอบครัว หน่วยบริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=75)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	t	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD					
1. การวางแผนการดำเนินกิจกรรม	1.70	0.29	ปานกลาง	2.44	0.24	มาก	0.73	15.664	0.64-0.82	<0.001*
2. การตัดสินใจ	1.58	0.25	น้อย	2.48	0.22	มาก	0.89	23.728	0.81-096	<0.001*
3. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	1.65	0.29	น้อย	2.49	0.26	มาก	0.84	16.400	0.73-0.94	<0.001*
4. การประเมินผล	1.77	0.38	ปานกลาง	2.48	0.24	มาก	0.70	12.971	0.59-0.81	<0.001*
5. การรับผลประโยชน์	1.67	0.28	ปานกลาง	2.57	0.31	มาก	0.88	16.437	0.78-0.98	<0.001*
ภาพรวม	**1.68**	**0.14**	**ปานกลาง**	**2.49**	**0.13**	**มาก**	**0.81**	**30.268**	**0.76-0.86**	**<0.001***

*p-value<0.05

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาอยู่ในระดับกลาง ๆ ($\bar{X}$=85.34, SD=4.73) ในด้านสุขภาพกายลดอาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความมั่นใจและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีการดูแลร่วมกันมากขึ้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=178)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	t	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD					
1. ด้านสุขภาพกาย	14.61	2.70	ไม่ดี	23.20	1.94	กลางๆ	8.58	33.692	8.08-9.08	<0.001*
2. ด้านจิตใจ	11.85	3.00	ไม่ดี	19.47	1.92	กลางๆ	7.62	28.378	7.09-8.15	<0.001*
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.72	1.72	ไม่ดี	9.79	1.03	กลางๆ	4.06	27.743	3.77-4.35	<0.001*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	15.72	3.59	ไม่ดี	26.35	2.18	กลางๆ	10.63	35.539	10.04-11.22	<0.001*
ภาพรวม	**51.87**	**7.87**	**ไม่ดี**	**85.34**	**4.73**	**กลางๆ**	**33.47**	**52.059**	**32.20-34.74**	**<0.001***

*p-value<0.05

3. แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

จากการพัฒนาได้แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วย PARTICARE Model (Participatory Long-Term Care Model) 6 องค์ประกอบ มีกระบวนการดำเนินงานจากการเตรียมการ วางรากฐานของการดำเนินงานและสร้างความร่วมมือเพื่อให้ได้ทีมอาสาสมัครและภาคีเครือข่ายที่พร้อมดำเนินการ การพัฒนาแนวทางและศักยภาพและความรู้ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีความรู้ ทักษะและความมั่นใจเพิ่มขึ้น นำแนวทางไปใช้จริงในพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ติดตามและประเมินผลเพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับพื้นที่ และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วม (Participation): ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอาสาสมัครและครอบครัว มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล ตั้งแต่การวางแผน การดูแลจริง ไปจนถึงการประเมินผล เช่น เวทีประชาคมวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว จัดทีมอาสาสมัครดูแลรายบุคคล

2) การประเมินสภาพและความต้องการ (Assessment): ประเมินผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนการดูแลระยะยาวเฉพาะบุคคล โดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบประเมิน ADL, คุณภาพชีวิต, ภาวะโภชนาการ, ความต้องการดูแล

3) การพัฒนาและเสริมพลังอาสาสมัคร (Readiness & Capacity Building): พัฒนาองค์ความรู้และทักษะอาสาสมัครให้มีความพร้อมในการดูแล เช่น การดูแลพื้นฐาน การฟื้นฟูเบื้องต้น การประเมินอาการผิดปกติ การสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ, การฝึกภาคสนาม , การนิเทศติดตาม

4) การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ (Team-Based Care): โดยเชื่อมโยงอาสาสมัครกับทีมสหวิชาชีพจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม มีระบบส่งต่อเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซับซ้อน ซึ่งจะต้องมีการประชุมเคสรายเดือน ระบบการส่งต่อการเยี่ยมบ้านร่วมกัน

5) การดำเนินงานและบูรณาการในชุมชน (Implementation & Integration): นำแผนการดูแลไปปฏิบัติจริง โดยบูรณาการกับกิจกรรมสุขภาพอื่นในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย ฟื้นฟูจิตใจ และเชื่อมโยงกับทุนชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น

6) การสะท้อนผลและประเมินผลลัพธ์ (Reflection & Evaluation): มีการประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางใน 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมจัดเวทีสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงแนวทางอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมนั้นสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ เกิดจาดการเตรียมการเนื่องจากพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลจากแต่ละเครือข่ายมีบทบาทที่ยังไม่เชื่อมโยงกัน ภาคีเครือข่ายเสนอแนะการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วน เพื่อเกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนเชิงระบบ สร้างกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายและชุมชนพร้อมเตรียมข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้กำหนดแนวทางการพัฒนา รวมทั้งการการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ภาวะพึ่งพิง ระดับสมรรถภาพ ศักยภาพผู้ดูแลทรัพยากรในพื้นที่ และความต้องการการดูแลของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากนั้นพัฒนาแนวทางและศักยภาพ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันออกแบบแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว เนื่องจากอาสาสมัครมีแรงจูงใจแต่ยังขาดความมั่นใจ ความรู้ และเทคนิคเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยบริการจึงต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้ารับการอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด พร้อมทั้งการฝึกภาคปฏิบัติ การศึกษาดูงาน ทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุม โดยการนำแนวทาง PARTICARE Model ไปใช้จริงในพื้นที่ จากเดิมที่ไม่มีแนวทางที่เป็นระบบในการดำเนินงาน มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการหลัก ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุน และปรับแผนการดูแลตามความจำเป็นของแต่ละราย และติดตามประเมินผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จัดประชุมสรุปบทเรียน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแนวทาง สังเคราะห์ผลการประเมินออกมาเป็นแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ การพัฒนาแนวทางและศักยภาพ การดำเนินงานตามแนวทาง และการติดตามและประเมินผล ช่วยให้เกิดการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วน การพัฒนาแนวทางที่ตอบโจทย์ปัญหาในพื้นที่จริง การเสริมศักยภาพอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะในการดูแล และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืนในชุมชน

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ 4 ขั้น คือ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการกำหนดกิจกรรมและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป[12] และสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเน้นการบูรณาการการดูแลในหลายมิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้ทรัพยากรและความเชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของให้กับทุกภาคส่วน ทำให้ตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแล[13]

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและการจัดกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติของผู้สูงอายุ ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[14] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการนำรูปแบบไปใช้ในการดำเนินงานสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ญาติ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางรากฐานในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[15]

2. แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จากการศึกษาครั้งนี้ได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ PARTICARE Model (Participatory Long-Term Care Model) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วม (Participation), 2) การประเมินสภาพและความต้องการ (Assessment), 3) การพัฒนาและเสริมพลังอาสาสมัคร (Readiness & Capacity Building), 4) การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ (Team-

Based Care), 5) การดำเนินงานและบูรณาการในชุมชน (Implementation & Integration) และ 6) การสะท้อนผลและประเมินผลลัพธ์ (Reflection & Evaluation) โดยพบว่าใช้ได้ผลดีเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็น ดังนี้ 1) พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย, 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองบ้าน, 3) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล, 4) ติดตามโทรศัพท์ และ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่องทีมสหสาขาวิชาชีพ[16] และสอดคล้องกับผลการศึกษาผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจ คัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล, 2) การส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ, 3) กระบวนการจัดระบบบริการ, 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง และ 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ภายหลังดำเนินกระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม[17] ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหลักการนำแนวไปใช้ในการดำเนินงานสามารถทำให้เกิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ใช้เวทีประชาคมในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการสร้างกลไกการมีส่วนร่วม เช่น คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ร่วมวางแผนกำหนดเป้าหมาย จัดการทรัพยากรและจัดกิจกรรม มีทีมดูแลแบบสหวิชาชีพ ประสานความร่วมมือระหว่าง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด CM CG เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การอบรวมพัฒนาความรู้ และทักษะให้กับคนในครอบครัว เพื่อการดูและที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลโดย CM-CG พร้อมรายงานข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพ ในการเยี่ยมบ้านมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการให้คำแนะนำคนในครอบครัว จึงควรแนวทางในการนำเนินการครั้งนี้ไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการพัฒนาระบบการอบรมและรับรองมาตรฐานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยการกำหนดหลักสูตรการอบรมที่เป็นมาตรฐานระดับชาติ เพื่อยกระดับสมรรถนะของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และจิตบริการ พร้อมจัดให้มีระบบการรับรองคุณวุฒิและการต่ออายุใบรับรองอย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล และฐานข้อมูลการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ โดยการจัดทำระบบฐานข้อมูลกลางที่บูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับข้อมูลการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อใช้วางแผนเชิงนโยบาย การติดตามคุณภาพการดูแล และการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สนับสนุนให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมจัดตั้งกองทุนหรือเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ

ในพื้นที่ เพื่อสร้างกลไกการดูแลต่อเนื่อง โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นกำลังหลักเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) สามารถนำแนวทางการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดอบรมและพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรใช้แนวทางจากผลการวิจัยเป็นต้นแบบในการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตรอบรม เพื่อเสริมศักยภาพและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีมาตรฐาน

2) สามารถประยุกต์แนวทางการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ นำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและลดภาระของครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) สามารถนำแนวทางที่พัฒนามาการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหน่วยงานภาครัฐ เพื่อกำหนดแนวทางการสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านงบประมาณ การฝึกอบรม และการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ห่างไกล หรือชุมชนชนเผ่า เพื่อเปรียบเทียบและปรับใช้รูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

2) ควรศึกษาการพัฒนาเครื่องมือหรือนวัตกรรมสนับสนุนการดูแลระยะยาวโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เช่น ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามสุขภาพ แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลการดูแล หรือรูปแบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสุขภาพคนไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 สิงหาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=09108101&tp=5519
4. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของ Healthy Ageing [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 สิงหาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report-detail/bbcb40adb960e0564efba686c316c009

5. เชาวลิต นคาสวัสดิ์, อภิชัย คุณีพงษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาสังคมตำบลไทรทอง อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคกลาง 2563;34(2):30-7.
6. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(1):140-55.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
9. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development. 1980;8(3):213-35.
10. Daniel W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2010.
11. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงส์สุวรรณ, วราณี พรมานะรังกุล. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
12. ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564; 7(4):197-212.
13. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศัลวิตร, นฤมล บุญญนิวารวัฒน์. รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. มนุษยสังคมสาร (มสส.). 2562; 17(1):1-19.
14. ประเสริฐ สาวีรัมย์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร "CG เชี่ยวชาญ" ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(1):86-100.
15. ทิพยรัตน์ กันทะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(3):451-9.
16. นันทิกานต์ หวังจิ, อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563; 5(3):40-6.
17. วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(2):13-28.