



การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
A Development of Health Care Model for Older Adult According to
New Normal by Community and Network Participation, Sam Roi Yot District,
Prachuap Khiri Khan Province

วศินี วีระไวทยะ

Wasinee Weravaitaya

Corresponding Author: Email: wasinee.weravaitaya@gmail.com

(Received: February 8, 2023; Revised: February 20, 2023; Accepted: March 7, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ 2) พัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน และผู้ดูแล จำนวน 60 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่และแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเที่ยงของแบบสอบถามรายด้านโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .812, .892, .887 และ .906 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงควรพัฒนาศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลควบคู่กับการเสริมพลังในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพทางบวกอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ วิถีปกติใหม่ การมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย



Abstract

The purposes of this research and development were to determine health care participatory behaviors among the elderly according to the new normal, develop model and study the effectiveness of the health care model according to the new normal by community and network participation. The sample size consisted of 60 elderly and 60 caregivers who were selected by purposive sampling. The research instrument was divided into 2 parts, health care model for elderly according to new normal and the questionnaire of health care participatory behaviors for elderly. The reliability of aspects determined by using Cronbach's alpha coefficient were .912, .892, .887 and .906, respectively. The data were then analyzed for finding descriptive statistics and t-tests. The results revealed as follows:

1. The total mean scores on health care participatory behavior among the elderly and caregivers of the experimental group after using the model was statistically significantly higher than that before using model at the level of .05.

2. The total mean scores on health care participatory behavior among the experimental group after using the model was statistically significantly higher than that of the comparison group at the level of .05.

Therefore, to promote health care participation for the elderly in the community, the potential of them and their caregivers should be developed along with health care empowerment to create self-efficacy and adjust health care participatory behavior for sustainable positive health care.

Keyword: Health care, Older adult, New normal, Participation, Network

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการที่มีอัตราการเกิดและการตายต่ำ จากข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 12,519,926 คน คิดเป็นร้อยละ 18.94 และมีแนวโน้มจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 (Department of older persons, 2022) โดยผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสี่ยงตามวัยและการดำเนินชีวิต จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ โดยมักพบปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่ การขาดผู้ดูแล การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาดังกล่าวนี้นี้จึงต้องได้รับการแก้ไขด้วยการอาศัย ความเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมแบบองค์รวมและมีความสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยรวมทั้งบริบทในการดำเนินชีวิต โดยเน้นความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชนและภาครัฐที่แตกต่างจากการ

ดูแลสุขภาพแบบเดิมที่ผู้รับบริการคิดว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ซึ่งกระบวนการดูแลสุขภาพเช่นนี้เป็นการยกระดับศักยภาพของชุมชนอันนำไปสู่ชุมชนพึ่งพาตนเองที่มีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน (Thavinpipatkul et al., 2019)

การดูแลสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงระบบสุขภาพและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่มีความทันสมัยให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญและต้องเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในปัจจุบันระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ความสำคัญทั้งงานเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ได้แก่ ติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม โดยแบ่งการจัดบริการดูแลสุขภาพ เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการ และ 2) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (Suthamchai et al., 2015) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อ covid 19 ที่ทำให้การดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุในปี 2565 ระหว่าง 1 เมษายน – 1 พฤษภาคม 2565 ผู้สูงอายุติดเชื้อโรค covid 19 สะสม จำนวน 63,183 คน (Department of older persons, 2022) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือมีความรุนแรงจนเสียชีวิตได้ ดังนั้นรัฐบาลจึงดำเนินนโยบายส่งเสริมสุขภาพร่วมกับให้ความรู้แก่ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและรูปแบบดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดสุขภาพดีวิถีใหม่ (New Normal) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริม “สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียง” ที่เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย โดยทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนต้องปรับตัวร่วมกันเพื่อสุขภาพดีและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสามร้อยยอดเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ คลินิกโรคไตเรื้อรัง คลินิกอายุรกรรม คลินิกโรคตา และโรงพยาบาลผู้สูงอายุวัดตาลเจ็ดยอดที่เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลสามร้อยยอด โดยสถิติผู้ป่วยติดเชื้อโรค covid 19 สะสมทั้งสิ้น จำนวน 907 คน (Sam Roi Yot Hospital, 2021) ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ พังผืดที่ปอด (Pulmonary fibrosis) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ปวดศีรษะ (Headache) และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) (LaFond et al., 2021) ซึ่งอาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพคุณภาพชีวิตและอาจมีความรุนแรงจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีสุขภาพดีวิถีใหม่และคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ลดความพิการและการสูญเสียชีวิต

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นอย่างไร
2. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นอย่างไร



วัตถุประสงค์

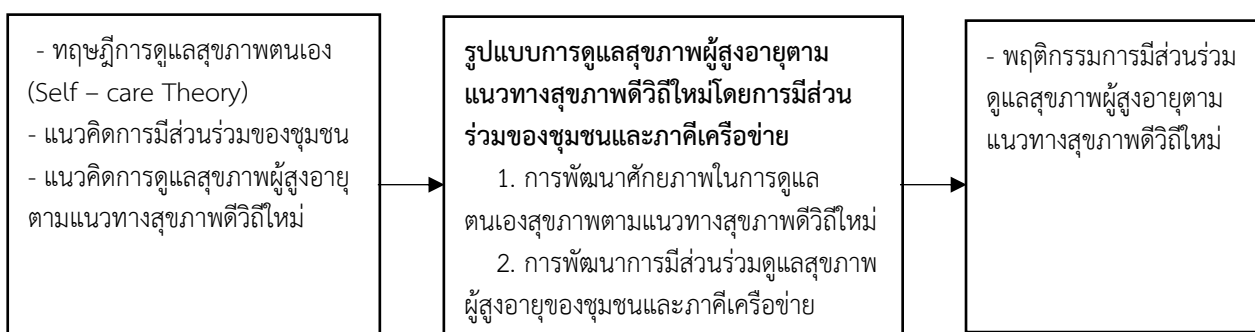
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ
2. หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาตามทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง (Self – care Theory) ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง การวิจัยนี้เลือกใช้ 2 มโนทัศน์ ได้แก่ การดูแลตนเอง (self-care: SC) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency: SCA) (Orem et al., 2001) 2) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจ (Decision - Making) การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนงาน (Implementation) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (Evaluation) (Cohen & Uphoff, 1980) 3) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ ศึกษาตามนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรมวิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียงของกระทรวงสาธารณสุข (Thaneerat et al., 2017) กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายฯ รายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลซึ่งเป็นแกนนำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่อยู่ในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 2,835 คน (Health Data Center, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลซึ่งเป็นแกนนำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 120 คน กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 (Faul et al., 2009) เลือก Mean Difference between two independence means (two groups) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 ค่าอำนาจการทดสอบ (Powers) เท่ากับ .80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และเพื่อป้องกันสูญเสียจึงเก็บเพิ่มอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 60 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 120 คน แบ่งเป็น ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีภูมิลำเนาในตำบลไรใหม่ อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 2) เป็นผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล/ แกนนำชุมชนที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในองค์กรที่มีหน้าที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสามร้อยยอด 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกร่วมกิจกรรมในโครงการ และ 2) ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1) รูปแบบการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ และการพัฒนาการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยก่อนการใช้รูปแบบดำเนินการวัดประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ครั้งที่ 1) และดำเนินกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่

กิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างทัศนคติในการมีส่วนร่วมและความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคีเครือข่าย ด้วยการจัดประชุมกลุ่มตัวอย่าง และใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การชี้แจงบทบาทและประโยชน์ในการสร้างการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ และยกย่องต้นแบบในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 เป็นการให้ความรู้ การส่งเสริมศักยภาพและสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบเป็นการบรรยาย ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ประเด็นที่ให้ความรู้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เช่น ความเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยและโรคที่เป็น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการออกกำลังกายตามวัย 2) การดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ เช่น แนวทางป้องกันโรค Covid19 การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการและบริการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้เท่าทันเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ และการใช้อินเทอร์เน็ตค้นหาข้อมูลสุขภาพ



สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน และภาคีเครือข่าย

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมต้นแบบการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มดูแลสุขภาพ กลุ่มละ 7-8 คน มีผู้นำกระตุ้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านการรับประทาน อาหารและยา การออกกำลังกาย และส่งผลงานด้วยการถ่ายภาพหรือ VDO Clip ในไลน์ของแต่ละกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การสร้างจิตอาสาในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ด้วยการสร้างไลน์กลุ่มและให้จิตอาสาผลัดเปลี่ยนกันหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็น VDO Clip บทความสั้นๆ และข่าวด้านสุขภาพแล้วส่งในไลน์กลุ่มเพื่อเป็นให้สมาชิกได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร และให้จิตอาสา ติดตามการออกกำลังกายของกลุ่มต่างๆ และถ่าย VDO Clip เพื่อรายงานความก้าวหน้าผลงานของแต่ละกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 การติดตามกระตุ้นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 5 การสอนการใช้โปรแกรม google meet ระยะเวลา 3 ชั่วโมง เพื่อประโยชน์ ในการสื่อสาร และทบทวนความรู้ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศดูแลสุขภาพและป้องกันโรค Covid19 เช่น การใช้ไลน์ เฟสบุ๊ก การถ่าย VDO Clip และการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ

กิจกรรมที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยให้สมาชิกทุกคนที่เข้าร่วมโครงการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และเล่าถึง ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4 การติดตามประเมินผลระยะสั้น

กิจกรรมที่ 7 การประกวดต้นแบบการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการประกวด ต้นแบบทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มที่มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และต้นแบบจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมและยกย่องเป็นขวัญกำลังใจแก่สมาชิกที่มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและวัดประเมิน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังจากการใช้รูปแบบฯ (ครั้งที่ 2)

สัปดาห์ที่ 5 การปรับปรุงแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่

กิจกรรมที่ 8 การปรับปรุงแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ตามผล การประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้รูปแบบมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

สัปดาห์ที่ 6 การดำเนินงานตามรูปแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุง

กิจกรรมที่ 9 การดำเนินกิจกรรมตามการปรับปรุงแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทาง สุขภาพวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (ฉบับปรับปรุง) และติดตามกระตุ้น เป็นระยะๆ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำหลักในดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพ วิถีใหม่โดยบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 7 การติดตามประเมินผลระยะกลาง

กิจกรรมที่ 10 การวัดประเมินผลและคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การดำเนินการวัดประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังจากใช้รูปแบบฯ (ครั้งที่ 3) และคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ (สำหรับผู้สูงอายุ)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ Thaithae et al. (2020) ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา และกระบวนการมีส่วนร่วม 4 กระบวนการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1980) จำนวน 40 ข้อ รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้คะแนน 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่มากที่สุด

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ (สำหรับผู้ดูแล)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะในชุมชน อาชีพ การศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ Thaithae et al. (2020) ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา และกระบวนการมีส่วนร่วม 4 กระบวนการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1980) จำนวน 40 ข้อ รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้คะแนน 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่มากที่สุด เกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าเฉลี่ย (Sisaaad, 2013) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
4.51 - 5.00	มากที่สุด
3.51 - 4.50	มาก
2.51 - 3.50	ปานกลาง
1.51 - 2.50	น้อย
1.00 - 1.50	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ และแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพชุมชน จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านภาษาและความครอบคลุมเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index) เท่ากับ 0.91 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน รายด้าน (sub scale) ด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha



coefficient) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมตัดสินใจ เท่ากับ 0.812 การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ เท่ากับ 0.892 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ เท่ากับ 0.887 และการมีส่วนร่วมประเมินผล เท่ากับ 0.906

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อประชุมชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง ตามวันที่มารับบริการตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนตามตารางที่กำหนดไว้
4. หลังจากดำเนินการครบตามรูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับมาแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยการวิเคราะห์ paired t-test
4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์ Independence t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลโดยยื่นแบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่โครงการวิจัย RECHHH013/2565 ลงวันที่ โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ การเข้าร่วมนี้ตามความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.13$, $SD = 0.38$; $M = 3.09$, $SD = 0.47$) ตามลำดับ โดยกระบวนการที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($M= 3.61, SD=0.49$; $M= 3.52, SD=0.43$) ตามลำดับ และกระบวนการที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมประเมินผล อยู่ในระดับน้อย ($M= 2.39, SD=0.51$; $M= 3.35, SD=0.59$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ แก่นนำชุมชน และภาคีเครือข่าย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M= 3.48, SD=0.52$; $M= 3.44, SD=0.46$) ตามลำดับ โดยกระบวนการที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก ($M= 4.06, SD=0.49$; $M= 4.13, SD=0.57$) ตามลำดับ และกระบวนการที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับน้อย ($M= 2.47, SD=0.61$; $M= 2.41, SD=0.53$) ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ก่อนการใช้รูปแบบฯ ($n=120$)

การมีส่วนร่วม	กลุ่มผู้สูงอายุ				กลุ่มผู้ดูแล			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	(30 คน)		(30 คน)		(30 คน)		(30 คน)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	3.07	0.48	3.11	0.53	4.05	0.44	4.14	0.58
การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ	3.46	0.37	3.40	0.41	4.06	0.49	4.13	0.57
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์	3.61	0.49	3.52	0.43	2.47	0.61	2.41	0.53
การมีส่วนร่วมประเมินผล	2.39	0.51	2.35	0.59	3.08	0.46	3.10	0.61
ภาพรวม	3.13	0.38	3.09	0.47	3.48	0.52	3.44	0.46

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ($n= 60$)

ระยะดำเนินการ	กลุ่มผู้สูงอายุ					กลุ่มผู้ดูแล				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	30	3.13	0.38	1.577	.028	30	3.48	0.52	1.221	.035
หลังการใช้รูปแบบฯ	30	4.11	0.57			30	4.46	0.44		

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่ม



เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดี วิถีใหม่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้รูปแบบฯ ($n = 120$)

ระยะดำเนินการ	กลุ่มผู้สูงอายุ					กลุ่มผู้ดูแล				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง	30	4.11	0.57	1.801	.038	30	4.46	0.44	1.369	.045
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.48	0.41			30	3.45	0.53		

อภิปรายผล

1. การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยกระบวนการที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน เช่น การคัดกรองสุขภาพ ออกกำลังกาย และการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ เป็นต้น ผู้สูงอายุซึ่งมีความหวั่นและความต้องการ มีสุขภาพดีเพื่ออยู่ร่วมครอบครัวนานๆ และเล็งเห็นประโยชน์จึงให้ความร่วมมือและได้รับประโยชน์จากกิจกรรม ส่วนกระบวนการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมประเมินผลอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ว่าการประเมินผลเป็นของแกนนำชุมชนไม่ใช่หน้าที่โดยตรงของสมาชิกชุมชนจึงทำให้มีส่วนร่วมน้อยกว่ากระบวนการอื่นๆ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนการใช้รูปแบบฯ พบว่ามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยกระบวนการที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย แกนนำชุมชน และภาคีเครือข่าย มีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ประชาสัมพันธ์ ดำเนินการ และอำนวยความสะดวกต่างๆ จึงมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้มากกว่ากระบวนการอื่นๆ ส่วนกระบวนการที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การรับผลประโยชน์อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากประโยชน์ส่วนใหญ่เกิดแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้และมีความเสียสละในการดำเนินงานเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการสร้างสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จึงมีค่าน้อยกว่ากระบวนการอื่นๆ

2. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการเสริมพลังสร้างสุขภาพด้วยการส่งเสริมศักยภาพ สมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ รวมทั้งการติดตามให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจจากการรับรู้ศักยภาพตนเองที่ดีขึ้นจึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น และยังมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชนด้วย (Phuchongchai et al., 2021) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ที่กล่าวว่าหากบุคคลคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) และการรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นได้ (Perceived Self-

Efficacy) จะมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวกซึ่งการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก็เช่นกัน ส่วนผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ การส่งเสริมศักยภาพ สมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ การกระตุ้นให้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการติดตามเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำจากบุคลากรการแพทย์เป็นระยะๆ จะส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบฯ ได้รับการเสริมพลังด้วยการให้ความรู้ส่งเสริมศักยภาพ และสมรรถนะที่จำเป็น การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ รวมทั้งติดตามให้คำแนะนำเป็นระยะๆ ส่งผลให้เกิดการรับรู้และแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่เพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้เรื่องดูแลสุขภาพ ส่งเสริมศักยภาพ และสมรรถนะตามการดูแลแบบปกติ ซึ่งไม่เน้นสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับความรู้ ส่งเสริมศักยภาพ และเสริมพลังสร้างสุขภาพ (Empowerment) จากพี่เลี้ยงที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เป็นระยะๆ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้และส่งเสริมศักยภาพตามปกติ ซึ่งไม่เน้นการเสริมพลังสร้างสุขภาพจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้และพลังในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ucharattana et al. (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายไปใช้ในการส่งเสริมศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและเกิดชุมชนเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายไปศึกษาต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ระยะกลาง และผลลัพธ์ระยะยาว รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มขึ้น

References

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Cohen & Uphoff. (1980). *Effective behavior in organizations*. New York : Richard D. Irwin Inc.



- Department of older persons. (2022). *Statistics of the older adult in Thailand 77 provinces*.
[http:// www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159](http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159) (in Thai)
- Department of Disease Control. (2019). *The report of the situation of NCD (DM HT and risk factors in 2019)*.
<http://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>. (in Thai).
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Health Data Center, Ministry of Public Health .(2020). *Report of gender classified population yearly age group, Health District 5, Prachuap Khiri Khan Province, CUP, Sam Roi Yod Hospital, 2021*. [https://pkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source= formatted/ pop_sex_age.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f 755073cf194970b064a](https://pkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_sex_age.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a) (in Thai)
- LaFond, E., Weidman, K., & Lief, L. (2021). Care of the postcoronavirus disease 2019 patient. *Current opinion in pulmonary medicine*, 27(3), 199–204.
<https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000767>
- Orem DE, Taylor SG., Renpenning KM. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Phuchongchai, T., Khunkhavan, T., Sanloa, P., & Chaipugdee, D. (2020). Potential development in elderly health self-care Naphai Sub-District, Mueng Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(1), 167-176.
- Sam Roi Yot Hospital. (2021). *Statistics of patients infected covid 19 in 2021*.
<http://183.88.219.85:7076/eoc> (in Thai)
- Sisaaad, B. (2013). *Introduction to research* (9th ed.). Bangkok : Suwiriyan Publisher. (in Thai)
- Suthamchai, B., Kespichayawattana, J., & Kaeowichian, N. (2015). A synthesis of integrated care service model for Thai Elderly. *Journal of Health Science*, 24(10), 17-29. (in Thai)
- Thaithae, S., Thanaboonpuang, P., Mahaprom, T. (2020). Factors affecting health care behaviors of the elderly among urban community in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 48(2), 393-406. (in Thai)
- Thaneerat, T., Ploysup, S., Yaso, T., & Intong, T. (Ed.) (2017). *Guidelines for taking care of your health using the principles of Dhamma, the Thai way (3E 3S 1N) of 5 religions*. Nonthaburi: Bureau of Alternative Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Development, Uthai Sudsuk Foundation.
- Thavinpipatkul, C., Ratanaubol, A. & Charungkaittikul, S. (2019). A Transformative learning model to enhance integral health of sustainable-practicing organizations in Thailand. *Journal of Education Studies*, 47(1), 37-55. (in Thai)