

การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สุริยา พองเกิด, ประ.ด.*, สรรงทิพย์ ภู่อุทธนา, พย.ม.*

ศุภรา หิमानันโต, กศ.ม.*, จิตติพร ยอดประเสริฐ, พย.ม.** และสุนันท์ สีนซื่อสัตย์กุล, ประ.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล ของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ 3) มีส่วนร่วมในการดูแลและเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 4) ร่วมวางแผนหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) ประเมินแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 58 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน 1.รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นหลังจากศึกษาสถานการณ์ 2.การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง = 0.86 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่า Cronbach's alpha = 0.82 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) การศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (LTC Ban Suan Model) พบว่ารูปแบบที่มีความเหมาะสม ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม 1) กิจกรรมการพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว 2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน 3) กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้นำชุมชน และ 4) กิจกรรมการประสานความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลอย่างต่อเนื่อง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร: Corresponding e-mail: Sunun.s@siu.ac.th

Development of a Community-Based Continuous Care Model for Elderly Individuals with Dependency in Ban Suan Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province

Suriya Fongkerd, Ph.D.^{*}, Srongtip Pookitsana, M.N.S.^{*}

Supara Himananto, M.Ed.^{*}, Thitiporn Yodprasert, B.N.S.^{**} & Sunun Sinsuesatkul, Ph.D.^{***}

Abstract

This participatory action research aims to develop and evaluate the effectiveness of a community-based continuous care model for elderly individuals with dependency. The study was conducted in the community of Ban Suan Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province and comprised five stages: 1) examining the situation of elderly individuals with dependency, 2) assessing the health perception of caregivers and dependent elderly in the community, 3) examining community participation in elderly care, 4) planning for the care model, and 5) Evaluating the developing the care model for community-based elderly care. The purposive sample consisted of 58 elderly individuals, dyad into a control and experimental group of 29 participants each. The research tools included 1) a community participation care model developed by the researcher after an initial study and 2) data collection tools such as health perception questionnaires, quality of life surveys, and satisfaction with dependent long-term care model usage. Three experts validated content validity of 0.86 and a Cronbach's alpha of 0.82 for reliability. Quantitative data analysis was performed using statistical methods, and qualitative data from in-depth interviews were content-analyzed. Results indicated statistically significant health perception caregivers and quality of life post-intervention (p -value $< .001$). Satisfaction with the care model was higher in the experimental group compared to the control group, with a statistically significant difference (p -value $< .001$) The developed model, the LTC Ban Suan Model, includes four key activities: 1) development of knowledge and skills for family members in caring for dependent elderly, 2) support activities by neighbors for elderly care, 3) assistance by community leaders, and 4) coordination of support by a network of stakeholders.

Keywords: model development community participation elderly with dependency
long-term care (LTC)

^{*}Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{**}Ban Suan Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Chonburi Province

^{***}Faculty of Nursing Shinawatra University

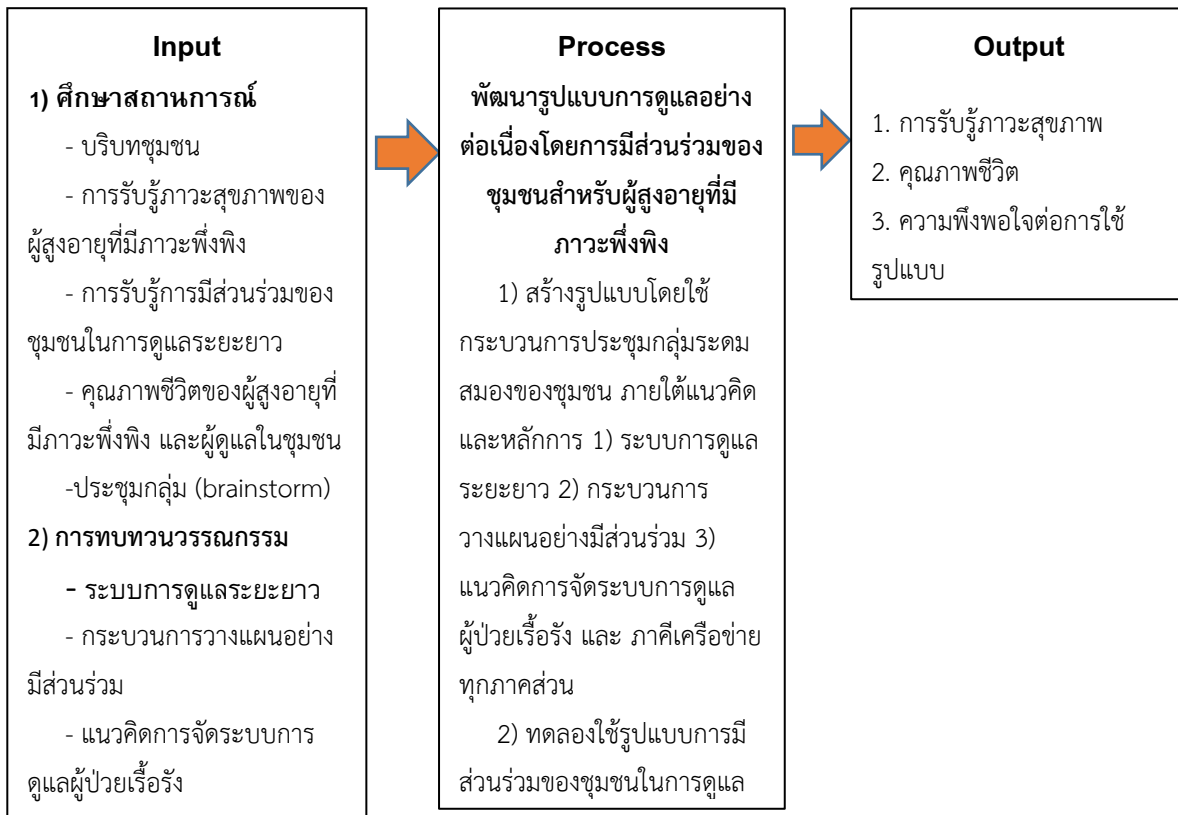
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่า ในปี 2566 สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย ความสามารถรักษาสมาคมในวัยชราตนเอง ด้านสุขภาพกาย จิตใจ มีความมั่นคง ปรับตัวเข้ากับวัยชรา มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Jazayeri, E., et.al., 2023) ระดับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน เมื่อสุขภาพกายเสื่อมสภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น องค์การอนามัยโลก ได้รายงานเรื่องการสูงอายุและสุขภาพดี (WHO, 2015) ต่อมาบีบความได้แก่องค์การอนามัยโลกว่าการเพิ่มอายุยืนทั่วโลกไม่ได้มาพร้อมสุขภาพที่ดี ดังนั้นจำเป็นต้องมีการตอบสนองด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องและมุ่งเน้นความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (Venkatapuram, S., Thiyagarajan, J.A., 2023)

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความพิการ ได้มีการกำหนดโครงการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care; LTC) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลมักประสบปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร ขาดความต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จึงประยุกต์ ทฤษฎีของ (Lunenburg & Ornstein, 1996) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ 1) ปัจจัยนำเข้า input ประกอบด้วย บริบท หรือองค์ประกอบที่จะนำไปสู่การดำเนินการ รวมทั้งสภาพแวดล้อม 2) Process คือวิธีการที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิต 3) Output คือ ความสำเร็จ ความพึงพอใจ หรือประสิทธิภาพ) มาใช้ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ซึ่งได้เริ่มต้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามระบบการดูแลระยะยาว โดยการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ พบว่าไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบดังกล่าว เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชนสำหรับเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและนำไปสู่กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดตามทฤษฎีระบบ (Lunenburg & Ornstein, 1996) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ องค์ดังกล่าวแล้ว ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอีก 3 ทฤษฎี ได้แก่ 1) ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) 2) กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมด้วย (Appreciation-Influence-Control : A-I-C) และ 3) แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model : CCM) ดังภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และผู้ดูแล มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
2. ภายหลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชนมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 – พฤษภาคม 2564 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และบริบทของชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร (Documentary analysis)

ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1) **กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก** คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดกลุ่มขนาดกลาง เพื่อทำการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆละ 8-10 คน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ 4 ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งผ่านการอบรมการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูล และสร้างแนวคำถาม และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ภาษา การสื่อความหมาย นำมาปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) = 0.86

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก (Focus group discussion In-depth Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 กลุ่ม ในประเด็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 1) สถานการณ์ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมและ รูปแบบในการดูแล และ 4) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขณะสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม จดบันทึกและบันทึกเสียง ใช้เวลากลุ่มละ 2 ชั่วโมง จากนั้น จะสรุปข้อมูลโดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงภายใน 24 ชั่วโมง

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังถอดคำสัมภาษณ์ โดยการกำหนดรหัส จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลิซซี (Colaizzi, 1978) และเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูล ตามกระบวนการวิจัย ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่า มีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่างๆในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย 2) การตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยเขียนรายละเอียดของ

กระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ 3) ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัย ในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยได้เขียนบรรยายลักษณะของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ค้นพบในครั้งนี้นำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและ 4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผลการวิจัยเป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสามารถตรวจสอบได้

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม จัดเตรียมประเด็นในการสนทนากลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จัดทำร่างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ

ขั้นที่ 2 ขั้นร่วมกันคิดและระดมสมอง (Brain storming) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้สนทนากลุ่มไปให้กลับมาประชุมเพื่อระดมสมองในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในประเด็น สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ โดยใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบ ระยะเวลา 1 วัน

ขั้นที่ 3 สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้รูปแบบการดูแลในระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ตำบลบ้านสวนฯ (LTC Ban Suan Model) โดยมี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว 2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน 3) กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้นำชุมชน และ 4) กิจกรรมการประสานความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย เทศบาลเมืองบ้านสวน ภาคเอกชน มูลนิธิไตรคุณธรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน และ โรงพยาบาลชลบุรี

ขั้นที่ 4 จัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อรับรองรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วมสัมมนา และพิจารณารับรองรูปแบบฯ 3 ท่าน ร่วมกับผู้วิจัยและทำการรับรองรูปแบบตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินมาตรฐานของ The Joint Committee on Standards of Education Evaluation (1994) ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ 2) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง 3) ด้านความเหมาะสม (Propriety standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งด้านกฎหมายและศีลธรรม และ 4) ด้าน

ความถูกต้อง ครอบคลุม (Accuracy standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วน ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด(1คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 หมายความว่ารูปแบบฯที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ขั้นที่ 5 ทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีการวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Pretest-posttest control group design) ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย ประเมินผลลัพธ์คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) คุณภาพชีวิต และ 3) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 76 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำหน้าที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ในตำบลบ้านสวนฯ จำนวน 58 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ test family เลือก t-tests, statistical test เลือก difference between two independent means (two group) กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (ณัฐพร มีสุข, วรณัญญา ทรัพย์ประเสริฐ, เจนจิรา ทองทับทิม, และ คณะ, 2565) อ้างอิง ได้ค่า Effect size = 0.88 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน ใช้เทคนิคการจับคู่ (Match pair) เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคนละโซนหมู่บ้าน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะไม่ได้พบเจอกันในช่วงทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านในตำบลบ้านสวนฯ ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก ระหว่างการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ดูแลป่วย ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ดูแลขอถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และหรือการสื่อสารภาษาไทยไม่เข้าใจกัน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย และทำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว ได้แก่ 1) การสอนให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและผู้ดูแล 4) อำนวยความสะดวกในเรื่องการดูแล 5) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในบ้าน 6) เป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพให้กับครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน ได้แก่ 1) จับคู่บัดดี้บ้านใกล้กันคอยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การแจ้งข่าวสารไปยังผู้นำชุมชนให้เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนเพื่อนบ้านเพื่อให้กำลังใจ 4) เพื่อนบ้านเป็นเพื่อนร่วมคิดและหาแนวทางช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาในเบื้องต้น

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้นำชุมชน ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชนจะคอยรับแจ้งข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกภายในชุมชน 2) ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และ 3) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เข้ามาช่วยเหลือ โดยการถ่ายรูปส่งข้อมูลผ่านทาง Application Line

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมประชุมภาคีเพื่อการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของทุกภาคีในการจัดกิจกรรมประชุมในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง โดยแต่ละภาคีจะมีกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ดังนี้

1) เทศบาลเมืองบ้านสวน ให้การดูแลในด้านสวัสดิการสังคม จัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อฝึกอาชีพและทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน และการจัดหาที่พักพิงและการซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ และมีโครงการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน

2) ภาคเอกชน มีการบริจาคเงินสมทบกองทุนและสนับสนุนเครื่องอุปโภค บริโภคในชุมชนบ้านสวน

3) มูลนิธิไตรคุณธรรมเข้าช่วยเหลือในการบริการรถรับ-ส่ง ในการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ป่วยไปยังโรงพยาบาล

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จะมีทีมสุขภาพเชิงรุก ประกอบด้วย 1) ทีมหมอครอบครัว เข้าตรวจเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ 2) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เข้าประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) เพื่อจัดกิจกรรมในการดูแล ทำแผนดูแลแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความต้องการด้านสาธารณสุข รวมทั้งมีการจัดประชุมเพื่อปรึกษาหาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของชุมชนบ้านสวน 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เข้าไปช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านสุขภาพ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อจัดทำรายงานส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน รับทราบและการ

เข้ามาช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประเมินคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต มีการจัดทำรายงานส่งเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผิดชอบส่งไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน 5) จิตอาสา เข้าช่วยเหลือดูแลในเรื่องทั่วไป และแจ้งข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ 6) ชมรมผู้สูงอายุ คอยให้กำลังใจกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเดียวกันที่มีปัญหาสุขภาพ

5) โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาแทรกซ้อน และร่วมสนับสนุนการบริการเชิงรุกโดยจิตสหวิชาชีพ เข้าไปช่วยเหลือดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) แพทย์ 2) เภสัชกร 3) พยาบาล 4) นักกายภาพบำบัด 5) แพทย์แผนไทย 6) นักโภชนาการ และ 7) นักสังคมสงเคราะห์

สัปดาห์ที่ 6-9 ทีมนักวิจัย พยาบาล อสม. CG ลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กระตุ้นเตือนในกิจกรรมตามรูปแบบดังกล่าวแล้ว และสนับสนุนความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจประเมินภาวะสุขภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล และประชุมหารือกับเพื่อนบ้านและผู้นำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ

สัปดาห์ที่ 10 ประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ โดยทำแบบสอบถามดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล 2) คุณภาพชีวิต และ 3) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ และแบบสอบถามลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วย/การดูแล ค่าใช้จ่ายต่อเดือน/รายได้ของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินโดยการใช้เครื่องมือมาตรฐาน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ และผู้ดูแลในชุมชน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 28) (กรมสุขภาพจิต, 2545) จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลในชุมชน ตำบลบ้านสวน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากเครื่องมือมาตรฐานแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก [ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย] (WHOQOL - BREF - THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558). จำนวน 26 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 9 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ จำนวน 10 ข้อ

3) การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ภาษา การสื่อความหมาย ที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นสมควรให้มีการปรับปรุงแก้ไข และนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และนำแบบสอบถามไปดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน

30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย ฯ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ เท่ากับ 0.82

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล โดยนำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ประสานขอความร่วมมือในการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนฯ และดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการแนะนำตัวชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล โดยหากมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นอีก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

5) การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดังกล่าวในข้อ 2 ต่อการใช้รูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

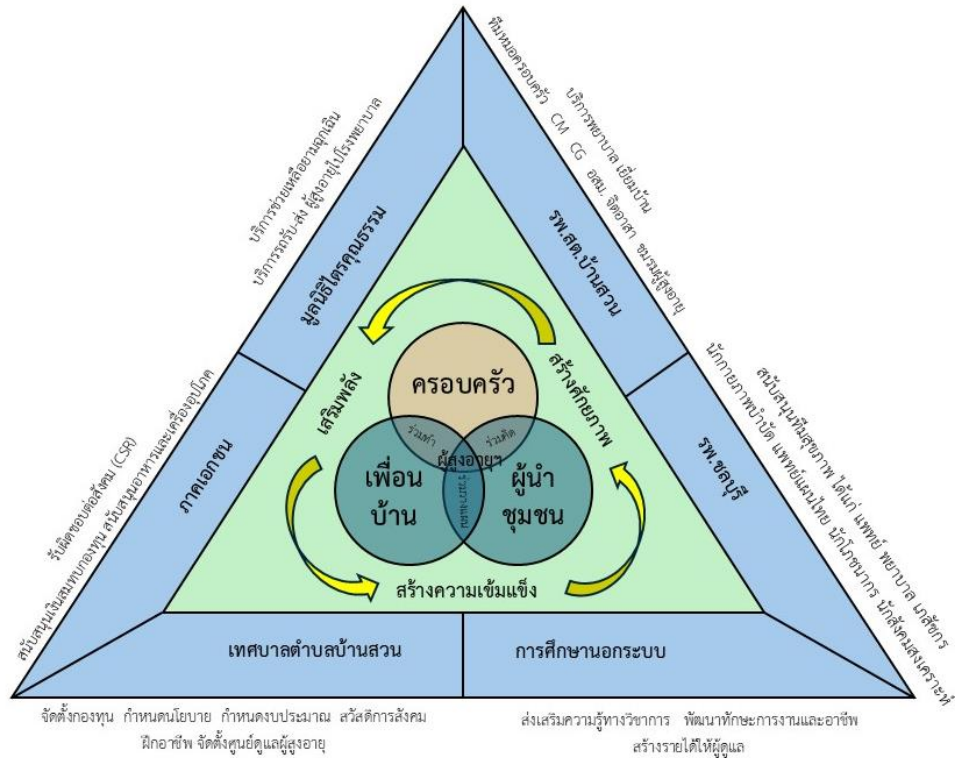
ผู้วิจัยให้ความสำคัญมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จะเห็นได้ว่าตลอดกระบวนการวิจัยมีทั้งการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งบางครั้งอาจจะเกิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ได้ทำการเก็บรักษาความลับของข้อมูล คำถามที่ใช้ต้องไม่คุกคามอารมณ์ ความรู้สึก และเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และทำการขอจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย BNC REC 10/2563 วันที่รับรอง 21 พฤษภาคม 2563 ก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

จากการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (LTC Ban Suan Model) พบว่ารูปแบบที่มีความเหมาะสมประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว 2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน 3) กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยผู้นำชุมชน และ 4) กิจกรรมการประสานความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย สรุปลเป็นภาพโมเดลได้ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน เมือง จังหวัดชลบุรี (LTC Ban Suan Model)

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีเพศชายร้อยละ 51.70 เพศหญิงร้อยละ 48.30 อายุเฉลี่ย 74.97 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.20 สถานภาพส่วนใหญ่หย่า/หม้าย ร้อยละ 55.20 ระยะเวลาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.90 ปี และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.20 ส่วนกลุ่มทดลอง มีเพศหญิง ร้อยละ 55.20 อายุเฉลี่ย 74.86 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 51.70 ระยะเวลาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.34 ปี และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.70

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่แตกต่างกัน ($t=-0.39$, $p\text{-value} = 0.69$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกัน ($t= 0.00$, $p\text{-value} =1.00$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกัน ($t= -0.49$, $p\text{-value} =0.62$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test) ($n=58$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	Mean Difference	95%CI		p-value
	(n=29)		(n=29)					Lower	Upper	
	M	SD	M	SD						
1) ADL ผู้สูงอายุ	6.62	1.69	6.79	1.63	56	-0.39	-0.17	-1.04	0.70	0.69
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	2.79	0.67	2.79	0.67	56	0.00	0.00	-0.35	0.35	1.00
3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	2.69	0.54	2.76	0.51	56	-0.49	-0.06	-0.34	0.20	0.62

$p\text{-value}<.05$

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในกลุ่มติดบ้าน ($\bar{X}=7.59$, $SD=1.72$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-7.11$, $p\text{-value} <.001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$, $SD=0.57$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-4.37$, $p\text{-value} <.001$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในปานกลาง ($\bar{X}=3.31$, $SD=0.47$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-4.93$, $p\text{-value} <.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (Paired t-test) (n=58) one group

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	Mean Difference	95%CI		p- value
	(n=29)		(n=29)					Lower	Upper	
	M	SD	M	SD						
1) ADL ผู้สูงอายุ	6.62	1.69	7.59	1.72	28	-7.11	-0.97	-1.24	-0.68	<.001
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของ ผู้ดูแล	2.79	0.67	3.48	0.57	28	-4.37	-0.69	-1.01	-0.36	<.001
3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	2.69	0.54	3.31	0.47	28	-4.93	-0.62	-0.87	-0.36	<.001

p-value<.05

2.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ใช้รูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t=1.55$, p -value 0.41) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.78$, p -value <.001) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.88$, p -value 0.06) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=4.18$, p -value <.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test) (n=58)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	Mean Difference	95%CI		p-value
	(n=29)		(n=29)					Lower	Upper	
	M	SD	M	SD						
1) ADL ผู้สูงอายุ	7.59	1.72	6.93	1.48	56	1.55	0.65	-0.19	1.50	0.41
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของ ผู้ดูแล	3.48	0.57	3.00	0.37	56	3.78	0.48	0.22	0.73	<.001
3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	3.31	0.47	2.93	0.53	56	2.88	0.37	0.11	0.64	0.06
4) ความพึงพอใจ	3.55	0.68	2.90	0.48	56	4.18	0.65	0.34	0.96	<.001

p-value<.05

อภิปรายผล

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

พบว่า ก่อนการทดลอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกันทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบพบว่า ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (LTC Ban Suan Model) ปัจจัยสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้มีส่วนสำคัญที่การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปภาดา ชมภูณิตย์ พิมพนิภา บุญประเสริฐ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ (2567) การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จะรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีบทบาทในสังคม ส่งผลดีต่อความรู้สึกของตัวเอง และช่วยสร้างสังคมที่ดูแลและมีความเห็นอกเห็นใจต่อกันมากขึ้น

เมื่อวัดผู้เข้าร่วมภายในกลุ่มเดียวกันพบว่า (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง แต่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความแตกต่างกันภายในกลุ่มอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับความรู้ ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภา คำหารและ เจทริย ดาราราช (2560)

4) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การใช้รูปแบบ (LTC Ban Suan Model) ส่งผลต่อความพึงพอใจ พบว่า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) การศึกษาครั้งนี้เป็นวิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพ ซึ่ง ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต ความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามบริบทในพื้นที่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว เป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิก ในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ อย่างเหมาะสม
2. ในระดับอำเภอควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เป็นปัจจุบัน หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบร่วมกัน คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการวางแผนการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมต่อไป

3. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
4. ควรมีการขยายผล การใช้รูปแบบ (LTC Ban Suan Model) ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อื่นๆ และหรือทั้งประเทศ เพื่อลดภาระภาครัฐ
5. วิจัยแนวทางการความสามารถของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการชะลอความเสี่ยงเพื่อสู่ทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี
6. การวิจัยเปรียบเทียบผลการอบรมผู้ดูแลหลัก Care giver ผ่านหลักสูตรการดูแลหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 130 ชม. โครงสร้างหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชม. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. ค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- ทิพยาภา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม* 2(3), 42-54.
- ปภาดา ชมภูนิษฐ์ พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทองอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 42 (2), 1-14.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Colaizzi, Paul F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In Ronald S. Valle & Mark King (eds.)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. et al. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Jazayeri, E., Kazemipour, S., Hosseini, S.R., Radfar, M., (2023). Quality of life in the elderly: A community study. *Caspian J Intern Med*, 14(3): 534-542. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10379806/pdf/cjim-14-534.pdf> doi: 10.22088/cjim.14.3.543

- Lunenburg, F. C. & Ornstein, A. C. (1996). *Educational administration: Concept and practice (2nd ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Venkatapuram, S., Thiagarajan, J.A., (2023). *The Capability Approach and the WHO Healthy Ageing Framework (for the UN Decade of Healthy Ageing)* Age Ageing. Oct 30;52(Suppl 4):iv6–iv9. doi: 10.1093/ageing/afad126.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10615052/>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>