

## ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

นพรัตน์ แดงทน, พย.บ.<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest design) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต(QOL) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่ม และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต(QOL) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $p = 0.018$  และ  $p < 0.001$  ตามลำดับ) จากผลการทดลอง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สอดคล้องกับบริบทในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ส่งผลดีกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ ตอบสนองต่อการวางแผนเตรียมรับสถานการณ์ การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะยาวและนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องทุกระยะของความเจ็บป่วย ส่งเสริมความพึ่งพิง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**คำสำคัญ:** รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต

---

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม E-mail: tumjai.k@hotmail.com

## Effectiveness of the care model for dependent elderly by community participation at Ban Sriudom Sub-district Health Promoting Hospital responsibility area, Kantharalak District, Sisaket Province

Noppharat Daengthon, B.N.S<sup>1</sup>

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a community-participatory care model for dependent elderly people in the service area of Ban Sri Udom Sub-district Health Promoting Hospital, Kantharalak District, Sisaket Province. A two-group pretest-posttest design was employed. The sample group consisted of 60 individuals, purposively selected and divided into two groups: an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The experimental group received the community-participatory care model for dependent elderly people, while the control group received standard care for dependent elderly people. The study duration was 8 weeks. Data were collected using a personal information questionnaire, the Activities of Daily Living (ADL) assessment form, and the Quality of Life (QOL) assessment form. Statistical analysis used the paired t-test to compare within-group results and the independent t-test to compare between-group results. The research findings indicated that, after the intervention using the community-participatory care model for dependent elderly people, the experimental group showed statistically significantly higher mean scores for Activities of Daily Living (ADL) and Quality of Life (QOL) compared to scores before the intervention and compared to the control group, at a significance level of 0.05 ( $p = 0.018$  and  $p < 0.001$ ).

The results suggested that the developed community-participatory care model for dependent elderly people can enhance the capacity to care for dependent elderly individuals, aligned with the context of the Ban Sri Udom Sub-district Health Promoting Hospital service area. This positively impacts the quality of life and health of the elderly, addresses long-term aging society planning, and can be continuously applied in other areas throughout all stages of illness. The model promotes recovery, reduces complications, lowers hospital readmission rates, decreases healthcare costs, and ultimately improves the quality of life for dependent elderly individuals.

**Keywords:** Healthcare Model for the Elderly, Dependency, Community Participation, Activities of Daily Living, Quality of Life

---

<sup>1</sup>Registered Nurse, Ban Sriudom Sub-district Health Promoting Hospital. Email: tumjai.k@hotmail.com

## บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีการเตรียมการเกี่ยวกับเรื่องนี้ในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ โดยหนึ่งในนั้น คือ นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว เน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว ซึ่งในการดำเนินการเรื่องนี้นั้น ได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง มีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งมีบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องนี้ในพื้นที่ด้วย (Puangniyom, Rungnoei, & Boontae, 2019)

เขตสุขภาพที่ 10 มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 666,632 คน คิดเป็นร้อยละ 19.89 แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 10 ใกล้เคียงสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ และข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) จำนวน 506,705 คน ร้อยละ 76.01 จำแนกเป็น กลุ่มติดสังคม จำนวน 471,924 คน ร้อยละ 93.15 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 29,979 คน ร้อยละ 5.92 กลุ่มติดเตียงจำนวน 4,802 คน ร้อยละ 0.94 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอยู่บ้าน หรืออาศัยอยู่บ้าน

เพียงลำพัง ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น มีพฤติกรรมบริโภคอาหารมัน รสหวาน รสเค็มจัด ออกกำลังกายน้อย ทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งสาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นยังมีปัญหาเรื่องการกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง และยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

ตามแผนพัฒนาจังหวัดศรีสะเกษในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและการทำนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม โดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งคือ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และภาคีสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างรอบด้าน พร้อมทั้งเตรียมรับกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่สำคัญ นั่นคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยข้อมูลจากที่ทำการปกครองจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าประชากรผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นขึ้นโดย ในปี 2563 จากประชากรผู้สูงอายุ 198,927 คน หรือร้อยละ 13.5 ของประชากรทั้งจังหวัด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.8 ทั้งนี้ตามนิยามของ สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 โดยพิจารณาจากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2567 นั่นคือเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 20 (ศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ, 2563)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ที่ผ่านมามีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบการดูแลระยะยาว กลไกที่สำคัญ คือ ผู้จัดการการดูแล (Case Manager = CM) ผู้ดูแล (Care Giver = CG) และมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ซึ่งพบว่า แผนการดูแลส่วนใหญ่เป็นการวางแผนโดยผู้จัดการการดูแลเท่านั้น ยังขาดการดูแลที่เฉพาะด้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ และขาดการติดตาม

ประเมินผลและการเยี่ยมเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดระบบการเชื่อมโยง และประสานงานกันระหว่างทีมสหวิชาชีพจากทางโรงพยาบาล และพื้นที่ และยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดการการดูแลและเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการจึงสนใจศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน สะท้อนว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการศึกษาในการนำแนวคิด Chronic Care Model (CCM) แต่ยังไม่ถูกนำมาเชื่อมโยงกับการพัฒนาโมเดลที่สามารถสะท้อนมิติสุขภาพกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

#### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง O1 \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ O2

กลุ่มเปรียบเทียบ O3 \_\_\_\_\_ O4

Pre – test

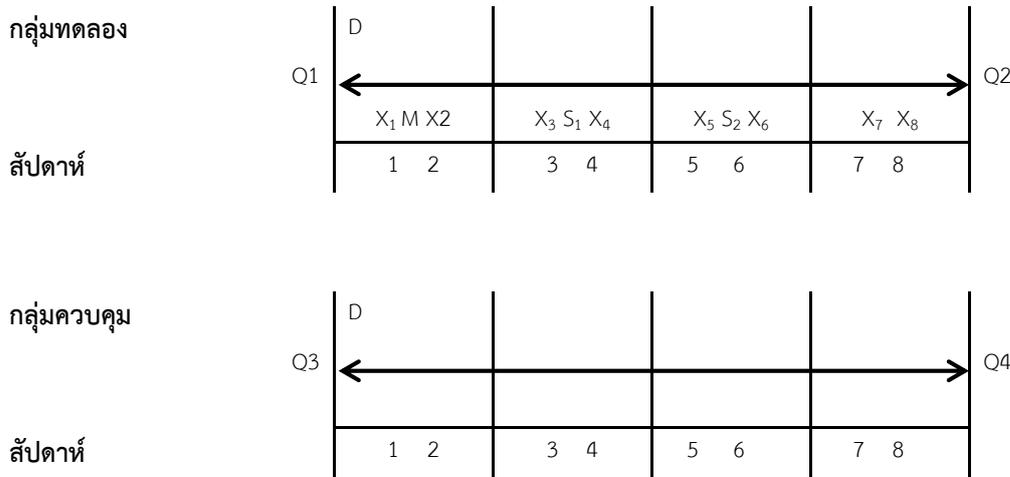
Post – test

### ภาพประกอบที่ 1 แผนภูมิการวิจัย

พึ่งพิงในพื้นที่จริง งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นมิติการรักษาพยาบาล แต่ยังคงขาดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยจึงมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง Chronic Care Model ร่วมกับ แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS: Individualized Home-based Patient and Family Assessment System) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างครอบคลุม โดยให้ชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรม จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาระบบ Two Group Pretest-Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบปกติ จำนวน 30 คน โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบที่ 2 แผนภูมิการทดลอง

กำหนดให้

D = การพูดคุยชี้แจงโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มทดลอง

M = การได้รับการกระตุ้นเตือนจากการนิเทศติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยวิธีการกระตุ้นเตือนผ่านการพูดคุย

O1, O3 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลที่เก็บเกี่ยวกับลักษณะประชากรความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

O2, O4 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลที่เก็บเกี่ยวกับลักษณะประชากร ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

X = โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

X1 - X8 = โปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมขึ้นจำนวน 8 ครั้ง

X1-2 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับผู้ดูแลหลักประจำครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชนจิตอาสาในชุมชน

X3-4 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็น และการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

X5-6 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและปลอดภัย

X7-8 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

S1-2 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3-6 กิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการ **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร (Populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

1.1 ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL Index) ระหว่าง 9- 11(พึ่งพิงปานกลาง) และอยู่ในพื้นที่  $\geq 1$  ปี, และมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวนทั้งหมด 128 คน

1.2 สมัครใจร่วมโครงการ

1.3 สามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

2. กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

2.1 กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

2.2 กลุ่มควบคุม ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง

โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการ

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990)

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ

N = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z_\alpha$  = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบ

ปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้  $\alpha=0.05$  ดังนั้น  $Z_{0.05} = 1.65$

$Z_\beta$  = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบ

ปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % = 0.84

$\sigma^2$  = ความแปรปรวนร่วมของผลต่าง

ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

$\Delta^2$  = ความต่างของผล (Effect size)

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 25 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างโดยใช้การประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ ได้อาสาสมัคร จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม รวมสองกลุ่ม จำนวน 60 คน

ดำเนินการกิจกรรม การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและปลอดภัย กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการ

2. เครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง สิทธิการรักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (QOL)

### 3. การหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน สาขาพยาบาลด้านพยาบาลผู้สูงวัย 1 ท่าน สาขาสุขภาพและการพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน สาขาสถิติศาสตร์หรือสถิติสาธารณสุข 1 ท่าน ผลการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ ตรวจ คำนวณ ค่า IOC (Index of Item-objective Congruence) กำหนดค่าการยอมรับเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

3.2 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่มีการได้รับการรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 ตัวอย่าง คือ 1) อาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 60 คน 2) กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยมีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL Index) อยู่ระหว่าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง Try out ด้วยแบบสอบถาม จำนวน 30 ชุด ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นและพิจารณาทดสอบความสอดคล้องภายในข้อคำถามรายชื่อที่เป็นคำถามแบบการประมาณค่า rating scale โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alfa coefficient) (Brown, 1976 อ้างถึงในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) ปกติค่าความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย พบว่า มีความเชื่อมั่นทั้งสำหรับแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 และ

แบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ส่วนค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด รวมทั้งใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test และระหว่างกลุ่มโดยใช้ independent t test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ได้มีการทำหนังสือขออนุญาตทำการทดลองวิจัยในพื้นที่ เพื่อยึดแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1. หลีกเลี่ยงเคารพในบุคคล (Respect for person)

2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence)

3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและออกชัดเจน ไม่มีอคติมีการกระจายประโยชน์ และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกันโดยวิธีการสุ่ม

### การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-221 วันที่รับรอง 27 พฤศจิกายน 2567 วันที่หมดอายุ 26 พฤศจิกายน 2568

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

##### 1.1 กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.3 เพศหญิง ร้อยละ 56.7 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 56. จบประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีรายได้ต่ำกว่า 5.000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 73.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.3 ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง 5-10 ปี ร้อยละ 53.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.97 คน(SD=1.49) มีจำนวนผู้ดูแลหลัก เฉลี่ย 1.17 คน (SD=0.46) ตามลำดับ

##### 1.2 กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 46.8 เพศหญิง ร้อยละ 53.2 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 70.0 จบประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีรายได้ต่ำกว่า 5.000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 76.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.5 ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง 5-10 ปี ร้อยละ 56.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 4.07 คน(SD=1.43) มีจำนวนผู้ดูแลหลัก เฉลี่ย 0.97 คน (SD=0.49) ตามลำดับ

## 2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

(ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง 0.13 คะแนน (95% CI = 0.05 – 0.32 p-value=0.161) และคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง 3.13 คะแนน (95% CI = 2.26 – 4.20 p-value<0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.03 คะแนน (95% CI = -0.21 – 0.18 p-value=0.662) และคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 2.10 คะแนน (95% CI = -3.21 – -0.98 p-value=0.001) รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ปัจจัย	กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean(SD)	หลังทดลอง Mean(SD)	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (ADL)	กลุ่มทดลอง	9.87(1.08)	10.0(1.01)	0.13	0.05 – 0.32	1.44	0.161
	กลุ่มควบคุม	9.67(0.95)	9.63(0.92)	-0.03	-0.21 – 0.18	0.44	0.662
คุณภาพชีวิต (QOL)	กลุ่มทดลอง	100.50(3.24)	103.63(2.10)	3.13	2.26 – 4.20	5.59	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	101.43(2.58)	99.33(1.93)	-2.10	-3.21 – -0.98	-3.86	0.001

\*\*p-value<0.01

## 3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบ

กิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.37 คะแนน (95% CI = -0.13-0.87 p-value=0.018) รายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	Mean	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.87	1.01	0.20	-0.30-0.70	0.79	0.146
กลุ่มควบคุม	9.67	0.95				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10.00	1.02	0.37	-0.13-0.87	1.46	0.018**
กลุ่มควบคุม	9.63	0.92				

\*\*p-value<0.05

3.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.30 คะแนน (95% CI = 3.25-5.24 p-value<0.001) รายละเอียดตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

การประเมินคุณภาพชีวิต (QOL)	Mean	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	100.05	3.21	-0.93	-2.44-0.57	-1.24	0.220
กลุ่มควบคุม	101.43	2.58				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	103.63	2.11	4.30	3.25-5.24	8.23	<0.001**
กลุ่มควบคุม	99.33	1.94				

\*\*p-value<0.01

### สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน และมีประวัติการเป็นโรคประจำตัว ส่วนระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง

5-10 ปี โครงสร้างของครัวเรือนมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยประมาณ 4 คน และมีผู้ดูแลหลักเฉลี่ยประมาณ 1 คน

ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในของกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย

ภายในกลุ่มทดลองที่แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิต (QOL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มขึ้น 3.13 คะแนน ( $p$ -value < 0.001) ในขณะที่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ยังคงรักษาระดับไว้ได้ (หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย) สอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภิษฐ์ มีโภาคกิจ และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบุว่า การเปลี่ยนแปลง ADL ในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงต้องอาศัยการฝึกสมรรถภาพทางกายที่เข้มข้นและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของ QOL แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบของโปรแกรมการทดลองนั้นมีประสิทธิภาพในการสร้างการรับรู้เชิงบวกต่อชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรางคณา ชัยวงศ์ และคณะ (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองทางสังคมและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี งานวิจัยนี้พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตในมิติจิตสังคม (Psychosocial Domain) ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนว่า การที่กลุ่มทดลองในการวิจัยปัจจุบันได้รับปฏิสัมพันธ์และการดูแลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้อารมณ์และมุมมองต่อชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้สุขภาพกายจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย ADL หลังการทดลองลดลงเล็กน้อย (-0.03 คะแนน) และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ย QOL หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.001)

ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ในช่วงก่อนการทดลองมีผลไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลองเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) สูงกว่า

กลุ่มควบคุม 0.37 คะแนน ( $p$ -value = 0.018) กิจกรรมที่ส่งผลต่อการคงระดับ ADL มักเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการฝึกการทำงานของร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ แก้ววิภา ถวัลย์มงคลชัยและคณะ (2562) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยใช้กิจกรรมทางกายที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้พึ่งพิง พบว่าแม้การเปลี่ยนแปลงของ ADL อาจไม่มากนัก แต่โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการ คงไว้ซึ่งระดับความสามารถและป้องกันการลดลงของคะแนน ADL ได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก และงานวิจัยของ Lai, H. W., et al. (2018) ซึ่งเป็นการศึกษาในได้วันแสดงว่า การรวมกิจกรรมบำบัดที่มีเป้าหมาย (Functional-based activities) เข้ากับการดูแลระยะยาว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอ (Frailty) สามารถรักษาระดับการทำงานของร่างกายได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการยืนยันว่า การกระตุ้นและฝึกอย่างเป็นระบบ แม้จะเบา แต่ช่วยชะลอการถดถอยของ ADL ได้ และหลังทดลองเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิต(QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) สูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.30 คะแนน ( $p$ -value < 0.001) การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของ QOL มักมาจากการตอบสนองความต้องการในมิติทางจิตสังคมของผู้สูงอายุ (Psychosocial Needs) ซึ่งขาดหายไปเมื่อเกิดภาวะพึ่งพิงองค์ประกอบที่น่าจะเป็นปัจจัยหลัก ได้แก่ การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Network), ลดความรู้สึกถูกทอดทิ้งหรือโดดเดี่ยวสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงเยาว์ ตาทิพย์ และคณะ (2561) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูจิตใจและสังคมในผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคม มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและมิติทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความรู้สึกมีส่วนร่วมและการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

จากการศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ พบว่าการพัฒนาตามประเด็นปัญหาและบริบทของพื้นที่ การวางแผนในการแก้ไขปัญหา การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอบรมให้

ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ถือเป็นส่วนงานในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลอองจันท์ คำภีรานนท์ และ คณะ (2567) พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัด สระแก้ว จะต้องมาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในชุมชนร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนิน กิจกรรม และ มีส่วนร่วมในการประเมินผล และสอดคล้องกับการศึกษา ของ บุหลัน สุขเกษม และคณะ (2566) พบว่า รูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรี สเกษ คือ PKESCV MODEL อาทิ ด้าน K: Knowledge and Skill คือ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง และ C: collaboration คือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือและเข้มแข็งจะนำไปสู่ความต่อเนื่องในการ ดำเนินงานในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมร สุวรรณชัยรบ (2566) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า ควรมี แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลและพัฒนา ทักษะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามแผน การสนับสนุนด้าน การดูแลความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อม และจัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์และผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตามความจำเป็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรนำ โปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลให้ครอบคลุมอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษหรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น

2. ควรรักษาการมีส่วนร่วมและกลไกการสนับสนุน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงคง อยู่ยาวนาน รวมถึงการติดตามผลและจัดกิจกรรมเสริมพลัง ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่อง

3. ควรปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมให้เหมาะสมกับ บริบททางวัฒนธรรมและสังคมของชุมชนต่าง ๆ เพื่อเพิ่ม ความเกี่ยวข้องและผลกระทบ มีการประสานงานกับผู้นำ ชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่เพื่อสร้างการสนับสนุนและ การมีส่วนร่วมจากชุมชน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดให้มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนใน ชุมชน มีการประเมินผลของการดำเนินงานดูแลแบบ ประคับประคองของผู้สูงอายุพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มี ผู้ดูแลหลักแบบพึ่งพาครอบครัว เครือญาติที่คอยช่วยดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างทั่วถึงและมีความถูกต้องตามหลัก วิชาการ มีการประเมินติดตามและมีการปรับปรุงระบบบริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้นอยู่เสมอ

2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยที่มี ภาวะติดเตียง ทั้งนี้ สถานบริการต้องให้ความสำคัญกับการ ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มีการจัดบริการทั้งในสถาน บริการและเชิงรุกในชุมชน พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นรูปธรรม เข้าถึงได้ รวมถึง การจัดตั้งศูนย์ประสานงานในชุมชนสำหรับการรับส่งต่อ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะเจ็บป่วยให้ได้รับการ รักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ โดยเน้นหลักสิทธิมนุษยชน

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). ปรับบ้านต้อนรับผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพชีวิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.  
<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27869>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). รายงานข้อมูลจังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ.  
[https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp\\_ampur](https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 1(1), 140-160.
- กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย, จำเนียร สุวรรณชาติ และรัตน์ชัย เพ็ชรสมบัติ. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน* 2567, 4(1), 260-265.
- แก้ววิชา ถวัลย์มงคลชัย, ลักษณ์ บุญมา และณัฐธิดา บุญมา. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุติดบ้านที่มีภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(2), 1-13.
- นงเยาว์ ตาทิพย์, สุรีย์ อุวิเชียร และดุขฎิ ขวลิต. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อสุขภาวะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(3), 20-35.
- บุหพันธ์ สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ และศรียา ศิริปรุ. (2567). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. 1(1), 1-13.
- ละอองจันทร์ คำภีรานนท์, เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ และจำเนียร สุวรรณชาติ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 9(4), 269-277.
- วรางคณา ชัยวงศ์, นวลจันทร์ พรหมมา และทัศนีย์ ปัญญานันท์. (2560). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองทางสังคมและสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1-13
- ศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ. (2563). แผนพัฒนาจังหวัด ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน ปี พ.ศ.2563). จังหวัดศรีสะเกษ.  
<http://www.sisaket.go.th>.
- สงกรานต์ กลั่นดวง. (2548). การประยุกต์ใช้ The “ take PRIDE ” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โสภิสฐ์ มีโชคกิจ, ธวัชชัย มะโน และปราณี มัชยม. (2559). ผลของโปรแกรมฝึกสมดุลงแบบเคลื่อนไหวบนพื้นปูทางเดินต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและความสมดุลงในผู้ป่วย. *วารสารกายภาพบำบัด*, 38(1), 1-10.
- อมร สุวรรณชัยรบ. (2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นผึ้ง ตำบลต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 3(6).  
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index>.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2020). This Report on the Situation of Thai Older Persons in 2019. <https://thaitgri.org/?wpdmpro=situation-of-the-thai-eldery-2019>.

- Lai, H. W., Huang, H. C., Yeh, S. H., & Yen, C. J. (2018). The effect of a personalized integrated care program on improving frailty and functional status in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3804–3813.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of Sample Size*. Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons. Lob, C. T. 2007.
- Puangniyom, S., Rungnoi, N., & Boontae, U. (2019). Development of Integrated Healthcare Model for the Dependent Elderly in the Pilot Areas, Phetchaburi Province. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(3), 178–195. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/217956>.