

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ

สุกัญญา คำศรี, สม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหลายระยะ (Multi-phase Participatory Action Research) โดยระยะประเมินผลใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายชุมชน (2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการ 3 ระยะ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงมิถุนายน 2569 กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 312 คน คัดเลือกโดยสูตรของ Cochran ส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 17 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ใช้คณะทำงาน 32 คน จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล ใช้หน่วยวิเคราะห์เดียวกับระยะที่ 1 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 40 คน ผู้ดูแล 17 คน และผู้สูงอายุ 312 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสภาพปัจจุบัน แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.37) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา รวมทั้ง สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที และ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ADL 12-20 คะแนน) ร้อยละ 94.55 ปัญหาของเครือข่ายชุมชนทุกกลุ่มอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.58-3.90, S.D. = 0.54-0.74) การขาดความรู้และทักษะเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.64) และผู้ดูแล ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.66) ความต้องการของเครือข่ายชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.00-4.32, S.D. = 0.48-0.72) (2) ได้รูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.37) (3) ภายหลังการใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 2 เดือน พบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}$ = 10.15 (S.D. = 1.98) เป็น $\bar{X}$ = 16.71 (S.D. = 1.12) (t = 18.94, p < 0.001, Cohen's d = 3.00) คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}$ = 3.14 (S.D. = 0.71) เป็น $\bar{X}$ = 4.38 (S.D. = 0.51) (t = 8.94, p < 0.001, Cohen's d = 1.41) คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}$ = 59.45 (S.D. = 11.24) เป็น $\bar{X}$ = 67.79 (S.D. = 9.87) (t = 8.76, p < 0.001, Cohen's d = 0.79) และความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้นจากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด (Z = -2.54, p = 0.011, Cohen's d = 1.36) ผลเบื้องต้นเหล่านี้สนับสนุนความเป็นไปได้และประสิทธิผลเบื้องต้นของรูปแบบ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและระยะเวลาติดตามผลเพียง 2 เดือน ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปเหตุและผลที่ชัดเจน จึงควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: เครือข่ายชุมชน, การดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การเสริมสร้างพลัง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ; E-mail: sukanya.kamsri@gmail.com

Development of a community network empowerment model for seamless elderly care in the service area of Ban Kwang Khao sub-district health promoting hospital, Nikhom Phatthana sub-district, Khukhan district, Sisaket province

Sukanya Kamsri, M.P.H.¹

Abstract

This study employed a multi-phase participatory action research (PAR) design, with the evaluation phase adopting a one-group pretest-posttest quasi-experimental design. The objectives were to (1) examine the current situation, problems, and needs of community networks in providing older adult care; (2) develop a community network empowerment model for seamless older adult care; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in the service area of Ban Kwang Khao Sub-district Health Promoting Hospital, Nikhom Phatthana Sub-district, Khukhan District, Sisaket Province, Thailand, between November 2025 and June 2026. Participants were recruited for each phase of the study as follows: In Phase 1 (situation analysis), 312 older adults were selected using Cochran's sample size formula, while 17 caregivers of dependent older adults and 40 village health volunteers (VHVs) were selected by purposive sampling, together with 10 key informants and two focus group discussion groups of 8–10 participants each. In Phase 2 (model development), a working committee of 32 representatives from all relevant sectors participated. In Phase 3 (effectiveness evaluation), the same analytical units as Phase 1 were used, comprising 40 VHVs, 17 caregivers, and 312 older adults. Research instruments included a current situation questionnaire, a knowledge test, a skills assessment, the WHOQOL-BREF-THAI quality-of-life scale, the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index, and a community network empowerment assessment. Content validity was verified by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.67–1.00. The developed model was assessed for appropriateness by five experts and rated at the highest level ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.37). Data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test, and the Wilcoxon Signed-Rank Test.

The results revealed the following. (1) The majority of older adults (94.55%) were in the independent functioning group (ADL score 12-20). Problems across all community network groups were rated at a high level ($\bar{X} = 3.58$ -3.90, S.D. = 0.54-0.74), with lack of knowledge and skills identified as the primary concern among both VHVs ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.64) and caregivers ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.66). Needs across all groups were also rated at a high level ($\bar{X} = 4.00$ -4.32, S.D. = 0.48-0.72). (2) The "Ban Kwang Khao Seamless Care Model," comprising five components, was rated as highly appropriate by five experts ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.37). (3) Following two months of model implementation, VHV knowledge scores increased from $\bar{X} = 10.15$ (S.D. = 1.98) to $\bar{X} = 16.71$ (S.D. = 1.12) ($t = 18.94$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 3.00$); participatory behavior scores increased from $\bar{X} = 3.14$ (S.D. = 0.71) to $\bar{X} = 4.38$ (S.D. = 0.51) ($t = 8.94$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.41$); older adult quality of life scores increased from $\bar{X} = 59.45$ (S.D. = 11.24) to $\bar{X} = 67.79$ (S.D. = 9.87) ($t = 8.76$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 0.79$); and community network strength improved from a high to the highest level ($Z = -2.54$, $p = 0.011$, Cohen's $d = 1.36$). These preliminary findings support the feasibility and initial effectiveness of the model. However, the absence of a control group and a follow-up period of only two months represent important limitations that preclude definitive causal inferences. Longitudinal research is warranted to confirm the sustainability of outcomes.

Keywords: Community Network, Seamless Older Adult Care, Village Health Volunteers, Participatory Action Research, Empowerment

¹ Public Health Technical Officer, Ban Kwang Khao Sub-district Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province ; E-mail: sukanya.kamsri@gmail.com

บทนำ

สังคมผู้สูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกและส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งต่อระบบสุขภาพและสังคม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกสูงถึง 2,100 ล้านคน เพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากปี พ.ศ. 2563 สำหรับประเทศไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ (2566) รายงานว่า ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนกว่า 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนดังกล่าวจะสูงถึงร้อยละ 32 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนชนบทของไทยยังคงเผชิญกับช่องว่างเชิงโครงสร้างหลายประการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Briggs และคณะ (2022) พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ทั่วไปในประเทศรายได้ปานกลางมักเป็นแบบแยกส่วน (Fragmented Care) ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transitional Period) ที่ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ซึ่ง Naylor และคณะ (2021) รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิกร้อยละ 20-30 ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน เนื่องจากขาดระบบดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาในบริบทไทยของ อนุชิต สิงห์สุวรรณ และคณะ (2565) พบว่า ข้อจำกัดหลักของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดสมรรถนะเฉพาะทาง ผู้ดูแลแบกรับภาระโดยไม่มีระบบสนับสนุน และเครือข่ายขาดกลไกประสานงานที่ชัดเจน ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ของ Haggerty และคณะ (2003) นิยามความต่อเนื่องของการดูแลใน 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational Continuity) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการทุกระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างทันท่วงที ซึ่งในการวิจัยนี้ แปลงเป็นกิจกรรมการจัดทำ Care Plan รายบุคคลและระบบรายงานผ่าน Line Group เครือข่าย มิติที่ 2 ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management Continuity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนที่สอดคล้องกันระหว่างหน่วยงาน

ซึ่งแปลงเป็นระบบการส่งต่อมาตรฐานและการเยี่ยมบ้าน ภายใน 48 ชั่วโมงหลังออกจากโรงพยาบาล และมีมิติที่ 3 ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational Continuity) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ยาวนานระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการ ซึ่งแปลงเป็นการกำหนดให้ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบผู้สูงอายุรายบุคคลและดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทั้ง 3 มิติดังกล่าวนี้ วัดผ่านตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการแจ้งข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง อัตราการเยี่ยมบ้านตามแผน และคะแนนความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเชิงทดลองในบริบทชุมชนชนบทไทยที่ผานทั้ง 3 มิตินี้เข้ากับการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งเป็นช่องว่างองค์ความรู้ที่การวิจัยครั้งนี้มุ่งเติมเต็ม

แนวคิดการเสริมสร้างพลังชุมชน (Community Empowerment) ของ Zimmerman (2000) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต้องอาศัยการพัฒนาศักยภาพในระดับบุคคล องค์กร และชุมชนพร้อมกัน และทฤษฎีเครือข่ายสังคม (Social Network Theory) ของ Granovetter (1973) ชี้ให้เห็นว่า เครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงทั้งแบบแน่นแฟ้นและแบบหลวมสามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้อย่างมีพลัง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Mangini และคณะ (2023) พบว่า การผสมผสานแนวคิดทั้งสองเข้ากับระบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-25 ภายใน 3-6 เดือน และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ร้อยละ 18-22 อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในบริบทเมืองและประเทศรายได้สูง ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์จากบริบทชุมชนชนบทในประเทศไทยที่มีบริบทเฉพาะ ทั้งด้านทุนทางสังคม ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) และบทบาทของ อสม.

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2566, ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566) รายงานว่า จังหวัดศรีสะเกษมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 289,547 คน คิดเป็นร้อยละ 20.84 ของประชากรทั้งหมด อำเภอขุขันธ์มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องได้รับการดูแลในระบบ LTC จำนวน 1,243 คน และมีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค สูงถึงร้อยละ 64.20

สำหรับพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอขุขันธ์ ข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 (โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว, 2567) รายงานว่า มีประชากรทั้งสิ้น 2,650 คน ใน 591 หลังคาเรือน ครอบคลุม 5 หมู่บ้าน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 574 คน คิดเป็นร้อยละ 21.66 ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั้ง 574 คน ตามเกณฑ์ ADL Barthel Index พบว่า กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ADL 12-20 คะแนน) มีจำนวน 557 คน(ร้อยละ 97.04) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) มีจำนวน 10 คน(ร้อยละ 1.74) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) มีจำนวน 7 คน(ร้อยละ 1.22) นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 68.59 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดร้อยละ 42.31 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 24.36 และโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 8.65

จากการสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว, 2567) พบช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 72.50 ขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และคณะ (2566) ที่พบอัตราใกล้เคียงกันในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ประการที่ 2 ผู้สูงอายุที่เคยออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 37.86 ไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 48 ชั่วโมง ประการที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 64.71 ต้องดูแลมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่มีระบบสนับสนุนและประการที่ 4 ทรัพยากรชุมชนรวมถึงงบประมาณกองทุน LTC ถูกใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่ เนื่องจากขาดระบบประสานงาน

ในขณะที่งานวิจัยด้าน integrated care และ transitional care ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (Watkins และคณะ, 2022; Kim และคณะ, 2023; ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ, 2566) แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและ อสม. ร่วมกับการสร้างระบบส่งต่อมาตรฐานและเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแล สามารถลดช่องว่างในการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่งานวิจัยเหล่านั้นยังไม่มีรูปแบบที่ผสมผสานองค์ประกอบทั้งหมดข้างต้นให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนชนบทไทยและบทบาทของ อสม. อย่างครบวงจร ทำให้ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับอำเภอและจังหวัด

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่และตระหนักถึงบทบาทของตนในฐานะผู้วิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

(Insider Researcher) ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติได้นั้น ได้ดำเนินการสะท้อนตนเอง (Reflexivity) และออกแบบกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ให้ภาคีทุกส่วนมีบทบาทในการตัดสินใจเท่าเทียมกัน โดยมีคำถามวิจัยหลัก ดังนี้ รูปแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาร่วมกับชุมชน สามารถยกระดับความรู้และทักษะของ อสม. รวมทั้งพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของเครือข่ายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน ในบริบทพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาวได้หรือไม่ และในระดับใด โดยคาดว่ารูปแบบที่ผสมผสาน 3 มิติของ seamless care เข้ากับกลไกการเสริมสร้างพลังเครือข่ายจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทั้งในระดับบุคคล ระดับเครือข่าย และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายในระยะเวลา 2 เดือนของการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2569 รวม 8 เดือน โดยแบ่งเป็น **ระยะเตรียมการ**(พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงมกราคม พ.ศ. 2569) : ทบทวนวรรณกรรมพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รวมทั้ง ยื่นขอจริยธรรมการวิจัย **ระยะที่ 1**(19 กุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม พ.ศ. 2569) : เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล **ระยะที่ 2**(เมษายน ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2569) : พัฒนาและตรวจสอบรูปแบบและ**ระยะที่ 3**(พฤษภาคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2569) : ทดลองใช้รูปแบบและประเมินประสิทธิผล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการ 3 ระยะ จำนวน 14 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการ (Plan) ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) เตรียมการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (2) พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้ง 7 ชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (3) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม (4) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน และสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม และ (5) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อระบุช่องว่างและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Act) ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (6) นำเสนอผลระยะที่ 1 และจัดตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบ 32 คน จากทุกภาคส่วน (7) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 (Workshop I) วันที่ 10-11 มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยใช้เทคนิค Appreciative Inquiry ในการออกแบบกรอบรูปแบบเบื้องต้น (8) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 (Workshop II) วันที่ 25-26 มีนาคม พ.ศ. 2569 เพื่อพัฒนารายละเอียดรูปแบบ คู่มือปฏิบัติงาน และหลักสูตรอบรม (9) ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ (10) ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและประเมินประสิทธิผล (Observe and Reflect) ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (11) อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 40 คน ด้วยหลักสูตร 4 โมดูล 2 วัน ผู้ดูแล 17 คน ด้วยหลักสูตรทักษะการดูแล 1 วัน และภาคีเครือข่าย 72 คน พร้อมจัดตั้ง Line Group เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุนบ้านกวางขาว (12) เก็บข้อมูล Pre-test ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ (13) ดำเนินงานตามรูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" ทั้ง 5 องค์ประกอบ เป็นระยะเวลา 2 เดือน พร้อมนิเทศติดตาม อสม. เดือนละ 1 ครั้ง และ (14) เก็บข้อมูล Post-test วิเคราะห์เปรียบเทียบผลด้วยสถิติเชิงอนุมาน และจัดเวที After Action Review (AAR) เพื่อสรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหลายระยะ (Multi-phase Participatory Action Research:

PAR) ดำเนินการตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect (PAOR) ของ Kemmis และ McTaggart (2005) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานในแบบ Explanatory Sequential Mixed-methods Design โดยมีจุดบูรณาการข้อมูล 2 จุด ได้แก่ จุดที่ 1 นำผลเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์แบบ Building เพื่อออกแบบรูปแบบในระยะเวลาที่ 2 และจุดที่ 2 นำผลเชิงปริมาณจากระยะที่ 3 มาอธิบายเพิ่มเติมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพผ่าน Joint Display การดำเนินงานมีหลักฐานการสะท้อนผลและการนำผลกลับไปปรับแผนอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ผลจากระยะที่ 1 นำไปปรับกรอบรูปแบบใน Workshop I ผลจาก Workshop I นำไปพัฒนารายละเอียดใน Workshop II และผลจากการนิเทศติดตามรายเดือนในระยะที่ 3 นำไปปรับปรุงการดำเนินงานผ่านเวที After Action Review (AAR) ระยะประเมินผลใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ตำบลนิคมพัฒนา อำเภوخันธิ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งสิ้น 574 คน ใน 5 หมู่บ้าน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567) เมื่อพิจารณาระดับการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดตามเกณฑ์ ADL Barthel Index พบว่า กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ADL 12-20 คะแนน) จำนวน 557 คน (ร้อยละ 97.04) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 1.74) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.22)

กลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 และ 3 ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 : ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนาครบ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 312 คน โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Cochran (1977) กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) สัดส่วนประชากรที่ใช้คำนวณร้อยละ 0.50 ($p = 0.50$) และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ($d = 0.05$) ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้น $n_0 = (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 / (0.05)^2 = 384.16$ จากนั้นปรับค่าด้วยสูตร Finite Population Correction เนื่องจากประชากรมีขนาดจำกัด ($N = 574$) ได้ $n = 384.16 / (1 + 383.16/574) = 230.31$ และเพิ่มอัตราเผื่อสูญเสียร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 265 คน ผู้วิจัยกำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 312 คน เพื่อให้การสุ่มแบบแบ่งชั้นได้สัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละชั้น

การสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามระดับการพึ่งพิง 3 กลุ่ม ใช้ทะเบียนผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เป็นกรอบรายชื่อ จัดสรรตัวอย่างดังนี้ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จัดสรรตามสัดส่วน $557/574 \times 312 = 302$ คน สุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่ม กลุ่มติดบ้าน 10 คน และกลุ่มติดเตียง 7 คน เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดเนื่องจากมีจำนวนน้อย รวม 319 คน หลังการคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ 312 คน

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนาครบ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้ และยินดีให้ความร่วมมือ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้และไม่มีผู้แทนโดยชอบธรรม กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเก็บข้อมูล หรืออยู่ระหว่างการย้ายออกนอกพื้นที่

กลุ่มที่ 2 : ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน 17 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

กลุ่มที่ 3 : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนา จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

ส่วนของระยะที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล และแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มไม่ซ้ำกัน คณะทำงานพัฒนารูปแบบ 32 คน จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมผู้ให้ข้อมูลหลักบางส่วนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และสมาชิก Line Group เครือข่าย 72 คน ประกอบด้วย อสม. 40 คน ผู้ดูแล 17 คน และภาคีเครือข่าย 15 คน เพื่อป้องกันการกดดันโดยไม่ตั้งใจจากบทบาทของผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรในพื้นที่ จึงมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยภายนอกพื้นที่ทำหน้าที่สัมภาษณ์เชิงลึกและนำการสนทนากลุ่ม และแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทุกคนทราบว่าการตอบหรือไม่ตอบคำถาม โดยไม่มีผลต่อการรับบริการสาธารณสุข

เครื่องมือการวิจัย

มีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยจำนวน 7 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ แบบประเมิน ADL Barthel Index และ WHOQOL-BREF-THAI

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมแบบทดสอบความรู้ 20 ข้อ และแบบประเมินทักษะ 20 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 10 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน 24 ข้อ จำนวน 4 ด้าน มีผู้ตอบแบบประเมิน คือ ผู้แทนองค์กรภาคีเครือข่าย 8 หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา ชมรมผู้สูงอายุตำบลนิคมพัฒนา ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (LTC) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ $n = 8$ ดังกล่าว (จำนวนหน่วยงานในเครือข่าย) แตกต่างจากคณะทำงานพัฒนารูปแบบ 32 คน ซึ่งเป็นหน่วยวิเคราะห์ระดับบุคคลในระยะที่ 2 และสมาชิก Line Group เครือข่าย 72 คน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานตามรูปแบบในระยะที่ 3

ชุดที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ 4 ด้าน

ชุดที่ 7 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม 5 ประเด็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย 7 ชุด มีการตรวจสอบคุณภาพเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และระเบียบวิธีวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 โดยค่า IOC ต่ำสุดที่ 0.67 สอดคล้องกับการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน กล่าวคือเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านให้ +1 และ 1 ท่านให้ 0 จะได้ $IOC = (1+1+0)/3 = 0.67$ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ($IOC \geq 0.50$) ข้อที่ต้องปรับปรุงได้รับการแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิอีกชุดหนึ่งจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.67, S.D. = 0.37$)

ด้านที่ 2 ความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย แบบสอบถามและแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าระหว่าง 0.80-0.89 แบบทดสอบความรู้ทดสอบด้วย KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.78 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.70) ทุกชุด

สำหรับแบบประเมินทักษะซึ่งเป็นการประเมินการปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือผู้ประเมินที่ระบุเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ผูกอบรมผู้ประเมิน 2 คน โดยใช้กรณีตัวอย่างจำลองก่อนเก็บข้อมูลจริง และรายงานค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ด้วย Intraclass Correlation Coefficient (ICC) ได้ค่า ICC = 0.87 (95% CI: 0.81-0.92) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

ด้านที่ 3 ความสอดคล้องภายใน โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ได้ค่าระหว่าง 0.32-0.78 ผ่านเกณฑ์ ≥ 0.30 ทุกข้อ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ไม่ใช่การยืนยันโครงสร้างตัวแปร (Construct Validity) ในความหมายของ Exploratory หรือ Confirmatory Factor Analysis เนื่องจากขนาดตัวอย่างในการทดสอบเครื่องมือ ($n = 30$) ไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัย การยืนยันโครงสร้างตัวแปร อาศัยการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นหลัก

สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลภาษาไทยอย่างเป็นทางการของ Mahatnirunkul และคณะ (1997) การแปลงคะแนนเป็นสเกล 0-100 ดำเนินการตามคู่มือของ WHOQOL Group (1996) โดยคำนวณค่าเฉลี่ยของ 4 มิติ และแบบประเมิน ADL Barthel Index ใช้ฉบับมาตรฐานของ Mahoney และ Barthel (1965) ที่ได้รับการปรับใช้ในบริบทไทย โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559)

เกณฑ์การแปลผล

แยกตามเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) มีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลของคะแนนความรู้ โดยใช้ร้อยละของคะแนนเต็มตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ผ่านที่ร้อยละ 60.00 ขึ้นไปหรือตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้การคำนวณพิสัยหารจำนวนระดับตาม

แนวทางของการแบ่งช่วงคะแนนของมาตราส่วนประมาณค่า ใช้วิธีคำนวณช่วงคะแนน (Class Interval) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่กำหนดแปลผลเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ร้อยละน้อยที่สุดถึงมากที่สุด 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI (คะแนน 0-100) อ้างอิงเกณฑ์ของ WHOQOL Group (1996) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ต่ำมากถึงดีมาก และแบบประเมิน ADL Barthel Index อ้างอิงเกณฑ์ของ Mahoney และ Barthel (1965) และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (12-20 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มในเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง ในเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2569 และระยะที่ 3 เก็บข้อมูล Pre-test ก่อนการทดลองใช้รูปแบบและ Post-test หลังการทดลองใช้รูปแบบ 2 เดือน ในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2569

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Ban Kwang Khao Seamless Care Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

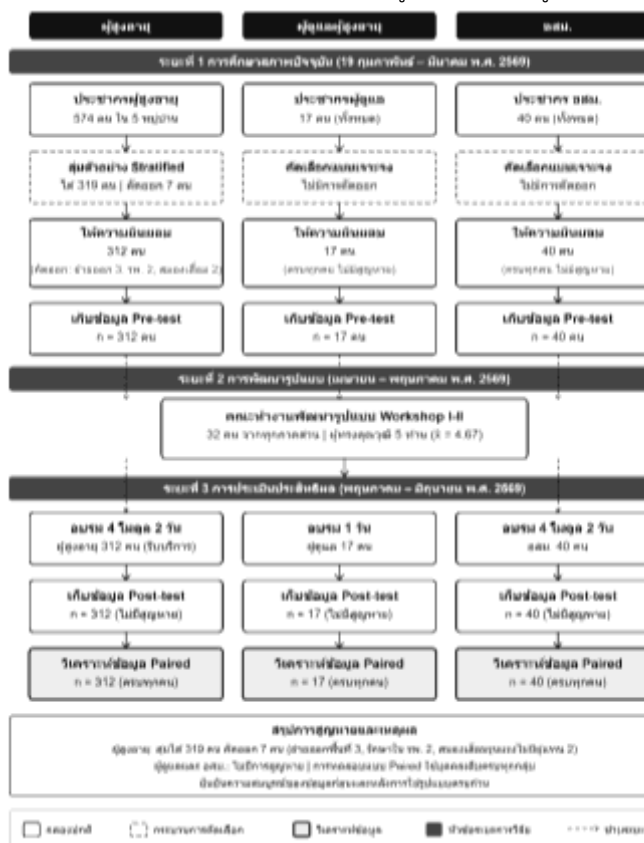
ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน และความพึงพอใจต่อรูปแบบ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของคณะทำงาน 32 คน สุ่มองค์ประกอบของรูปแบบ และวิเคราะห์ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) รวมทั้ง สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1) Paired Samples t-test ใช้เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบของตัวแปรที่มีการกระจายแบบปกติ ได้แก่ ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) Wilcoxon Signed-Rank Test ใช้เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบของตัวแปรที่ไม่มีการกระจายแบบปกติ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน 3) One-Sample t-test ใช้ทดสอบว่าความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชนต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ($\mu = 3.41$) มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และคำนวณขนาดผลกระทบ (Effect Size) ด้วยค่า Cohen's d เพื่อแสดงนัยสำคัญทางปฏิบัติของผลการวิจัย โดยแปลผลตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ที่กำหนดขนาดผลกระทบเล็ก ($d = 0.20-0.49$) ขนาดกลาง ($d = 0.50-0.79$) ขนาดใหญ่ ($d \geq 0.80$) และขนาดใหญ่มาก ($d \geq 1.30$)

ทั้งนี้สามารถแสดงแผนภาพการไหลของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนภาพการไหลของผู้เข้าร่วมวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2026-037 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึง 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2570 ก่อนเก็บข้อมูลวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ได้รับการประเมินความสามารถในการให้ความยินยอม (Capacity Assessment) ก่อน และหากไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเอง จะขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสาธารณสุข และข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บรักษาแยกจากข้อมูลวิจัย โดยกำหนดทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย 5 ปี สำหรับการให้ Line Group เครือข่าย มีการกำหนดสิทธิ์เข้าถึงเฉพาะสมาชิกที่ได้รับอนุญาต ห้ามเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในกลุ่ม ใช้รหัสแทนชื่อในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และแจ้งความเสี่ยงด้านความเป็นส่วนตัวส่วนตัวให้ผู้เข้าร่วมลงนามรับทราบล่วงหน้า

ผลการศึกษา

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 69.42 ปี เมื่อพิจารณาระดับการพึ่งพิงพบว่า กลุ่มติดสังคมมากที่สุดร้อยละ 94.55 สภาพปัจจุบันของระบบการดูแลผู้สูงอายุพบว่า การติดตามดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 40.77 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 312)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	182	58.33
ชาย	130	41.67
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	148	47.44
70-79 ปี	112	35.90
80 ปีขึ้นไป	52	16.67
อายุเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$)	69.42 $\pm$ 7.83 ปี	

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการพึ่งพิง (ADL)		
กลุ่มติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน)	295	94.55
กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน)	10	3.21
กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน)	7	2.24
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	214	68.59
ความดันโลหิตสูง	132	42.31
เบาหวาน	76	24.36
โรคหัวใจและหลอดเลือด	27	8.65
สภาพปัจจุบันการดูแล		
ได้รับการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ	189	60.58
ได้รับการติดตามดูแลหลังออก รพ.	127	40.77
ได้รับการประเมิน ADL ทุก 3 เดือน	143	45.83

1.2 ปัญหาในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$) โดยปัญหาสุขภาพกายมีความรุนแรงสูงสุด ($\bar{X} = 3.89$) ปัญหาของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$) โดยการขาดความรู้ทักษะรุนแรงสูงสุด ($\bar{X} = 4.24$) และปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$) โดยการขาดความรู้ทักษะรุนแรงสูงสุด ($\bar{X} = 4.20$) และความต้องการของเครือข่ายชุมชนทุกกลุ่มอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00-4.32$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับปัญหาและความต้องการของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่ม / รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ผู้สูงอายุ (n = 312)			
ปัญหาภาพรวม	3.58	0.62	มาก
- ด้านสุขภาพกาย	3.89	0.74	มาก
- ด้านสุขภาพจิต	3.67	0.68	มาก
- ด้านการเข้าถึงบริการ	3.42	0.71	มาก
- ด้านสภาพแวดล้อม	3.34	0.69	ปานกลาง
ความต้องการภาพรวม	4.00	0.58	มาก

กลุ่ม / รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
- ต้องการตรวจสอบสุขภาพที่บ้าน	4.21	0.72	มาก
- ต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือ	4.18	0.76	มาก
- ต้องการกิจกรรมสังคม	3.98	0.64	มาก
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 17)			
ปัญหาภาพรวม	3.90	0.54	มาก
- ขาดความรู้ทักษะการดูแล	4.24	0.66	มาก
- ภาระการดูแลสูง	4.18	0.71	มาก
- ขาดการสนับสนุนจากเครือข่าย	3.82	0.64	มาก
- ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น	3.76	0.68	มาก
ความต้องการภาพรวม	4.29	0.52	มาก
- ต้องการช่องทางปรึกษาฉุกเฉิน	4.47	0.62	มาก
- ต้องการอบรมทักษะการดูแล	4.41	0.62	มาก
- ต้องการกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล	4.24	0.66	มาก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 40)			
ปัญหาภาพรวม	3.76	0.58	มาก
- ขาดความรู้ทักษะเฉพาะทาง	4.20	0.64	มาก
- ขาดระบบประสานงานที่ชัดเจน	4.02	0.68	มาก
- ขาดเครื่องมืออุปกรณ์	3.86	0.72	มาก
- ขาดแรงจูงใจและค่าตอบแทน	3.74	0.76	มาก
ความต้องการภาพรวม	4.32	0.48	มาก
- ต้องการอบรมเพิ่มความรู้	4.43	0.60	มาก
- ต้องการระบบประสานงานที่ชัดเจน	4.38	0.62	มาก
- ต้องการคู่มือปฏิบัติงาน	4.32	0.64	มาก

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการสังเคราะห์สู่องค์ประกอบของรูปแบบ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน และการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ด้วย Directed Content Analysis อ้างอิงกรอบแนวคิด Seamless Care 3 มิติ ได้ธีมหลัก 4 ธีม แต่ละธีมมีธีมย่อยและนำไปสู่องค์ประกอบของรูปแบบ ดังนี้

ธีมที่ 1 ช่องว่างด้านข้อมูลและการประเมิน

ธีมย่อยที่ 1.1 การขาดระบบประเมินและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐาน ผู้ให้ข้อมูลหลักจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระบุว่า "ไม่มีข้อมูลรวมศูนย์ว่าใครติดบ้านติดเตียงบ้าง

อสม.แต่ละคนรู้แค่ว่าในพื้นของตัวเอง พอมีคนป่วยหนักก็ไม่รู้จะโทรหาใคร" อิมย่อยที่ 1.2 การขาดแผนการดูแลรายบุคคลที่ปรับตามระดับการพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในการสนทนากลุ่มระบุว่า "หมอบอกแค่ให้ดูแลให้ดี แต่ไม่รู้ว่าจะทำอะไรบ้าง ต้องพลิกตัวก็ขี้เมื่อย ต้องทำแผลอย่างไร ไม่มีใครสอน" อิมนี้นำไปสู่ **องค์ประกอบที่ 1** ระบบการประเมินและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ และ **องค์ประกอบที่ 2** กิจกรรมการดูแลแบบเฉพาะกลุ่มตามระดับการพึ่งพิง

อิมที่ 2 ช่องว่างด้านการสื่อสารและการประสานงาน

อิมย่อยที่ 2.1 การขาดช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชนในการสนทนากลุ่มระบุว่า "บางที่รู้ว่ามีคนป่วยแต่ไม่รู้จะโทรหาใคร หมออนามัยก็ไม่อยู่ตลอด ก็เลยรอจนเข้าค่อไปหาที่ รพ.สต." อิมย่อยที่ 2.2 การขาดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่าย หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระบุว่า "ต่างคนต่างทำ ไม่รู้ว่าคุณอื่นทำอะไรไปแล้ว บางทีไปเยี่ยมซ้ำกัน บางทีก็ไม่มีใครไปเลย" อิมนี้นำไปสู่ **องค์ประกอบที่ 3** กลไกการประสานงานและการสื่อสาร

อิมที่ 3 ช่องว่างด้านการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

อิมย่อยที่ 3.1 การขาดระบบแจ้งข้อมูลผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลักจากโรงพยาบาลชุมชนระบุว่า "เราจำหน่ายคนไข้กลับบ้าน แต่ไม่มีระบบแจ้ง รพ.สต. ว่าคนไข้กลับไปแล้ว บางคนกลับบ้านแล้วก็หายไปแล้ว ไม่มีใครติดตาม" อิมย่อยที่ 3.2 การขาดแบบฟอร์มส่งต่อมาตรฐานระหว่างหน่วยบริการและชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสนทนากลุ่มระบุว่า "ไม่มีกระดาษอะไรเลย รู้แค่ว่าคนไข้เพิ่งออก รพ. แล้วก็ไปเยี่ยม แต่ไม่รู้ว่าจะทำอะไรไว้บ้าง" อิมนี้นำไปสู่ **องค์ประกอบที่ 4** ระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

อิมที่ 4 ช่องว่างด้านศักยภาพและการติดตามประเมินผล

อิมย่อยที่ 4.1 การขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสนทนากลุ่มระบุว่า "กลัวที่สุด คือ ผู้สูงอายุติดเตียง ไม่กล้าแตะเลย กลัวทำผิด กลัวเจ็บเขา ไม่มีใครสอน ดูจาก YouTube บ้าง แต่ก็ไม่มั่นใจ" อิมย่อยที่ 4.2 การขาดระบบนิเทศติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรบว่า "อบรม อสม. ปีละครั้งก็หมดแล้ว ไม่มีใครติดตามว่าเขาทำได้จริงไหม ทำถูกไหม" อิมย่อยที่ 4.3 ภาระผู้ดูแลและการขาดระบบสนับสนุน ผู้ดูแลในการสนทนากลุ่มระบุว่า "ดูแลคนเดียวมา 3 ปีแล้ว ไม่มีใครช่วย ไม่รู้จะปรึกษาใคร รู้สึกเหนื่อยมาก แต่ก็ต้องทำ

เพราะไม่มีคนอื่น" อิมนี้นำไปสู่ **องค์ประกอบที่ 5** ระบบการพัฒนาศักยภาพและการติดตามประเมินผล

กระบวนการสังเคราะห์ดำเนินการโดยนำอิมทั้ง 4 มานำเสนอต่อที่ประชุมคณะทำงาน 32 คนในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) และร่วมกันระดมความคิดผ่านเทคนิค Appreciative Inquiry ใน Workshop I และ Workshop II จนได้ 5 องค์ประกอบของรูปแบบที่สอดคล้องกับช่องว่างที่ค้นพบทุกประการ ดังแสดงในตารางที่ 3 **ตารางที่ 3** การสังเคราะห์อิมเชิงคุณภาพสู่องค์ประกอบของ Ban Kwang Khao Seamless Care Model

อิมหลัก	อิมย่อย	มิติ Seamless Care	องค์ประกอบของรูปแบบ
1. ช่องว่างด้านข้อมูลและการประเมิน	ขาดระบบประเมิน ADL มาตรฐานขาด Care Plan รายบุคคล	Informational Continuity	องค์ประกอบที่ 1 ระบบประเมินและจำแนก องค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมเฉพาะกลุ่ม
2. ช่องว่างด้านการสื่อสารและการประสานงาน	ขาดช่องทางสื่อสารและแรงจูงใจขาดเวทีแลกเปลี่ยน	Relational Continuity	องค์ประกอบที่ 3 กลไกประสานงานและสื่อสาร
3. ช่องว่างด้านการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง	ขาดระบบแจ้งออก รพ. ขาดแบบฟอร์มมาตรฐาน	Management Continuity	องค์ประกอบที่ 4 ระบบส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง
4. ช่องว่างด้านศักยภาพและการติดตามประเมินผล	ขาดความรู้ทักษะขาดนิเทศติดตามภาระผู้ดูแลสูง	Relational Continuity + Management Continuity	องค์ประกอบที่ 5 พัฒนาศักยภาพและติดตามประเมินผล

หมายเหตุ การสังเคราะห์ผ่านกระบวนการ Member Checking และ Workshop HI โดยคณะทำงาน 32 คน ก่อนได้รูปแบบสมบูรณ์

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

กระบวนการ PAR โดยคณะทำงาน 32 คน จากทุกภาคส่วนผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง ได้รูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ระบบการประเมินและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมิน ADL ทุก 3 เดือน ทะเบียนผู้สูงอายุรายกลุ่ม และ Care Plan รายบุคคลสำหรับกลุ่มพึ่งพิง

องค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมการดูแลแบบเฉพาะกลุ่มตามระดับการพึ่งพิง แบ่งเป็นกิจกรรมสำหรับกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ที่มีความถี่และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

องค์ประกอบที่ 3 กลไกการประสานงานและการสื่อสาร ได้แก่ คณะทำงานระดับตำบล Line Group เครือข่าย 72 คน ระบบรายงานมาตรฐาน และเวที AAR ทุก 2 เดือน

องค์ประกอบที่ 4 ระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ แบบฟอร์มมาตรฐานการส่งต่อ ระบบแจ้งข้อมูลออกโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และการเยี่ยมบ้านภายใน 48 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 5 ระบบการพัฒนาศักยภาพและการติดตามประเมินผล ได้แก่ หลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 โมดูล 2 วัน หลักสูตรอบรมผู้ดูแล 1 วัน ระบบนิเทศติดตามเดือนละ 1 ครั้ง และการประเมินผลรายไตรมาส

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินรูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" ใน 4 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความชัดเจน และประโยชน์ โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าเฉลี่ย ≥ 3.51 (ระดับมากขึ้นไป) และ 95% CI ที่ขอบล่างไม่ต่ำกว่า 3.51 ผลการประเมินทุกด้านผ่านเกณฑ์ในระดับมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จำแนกรายด้าน

ด้านการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	95% CI	แปลผล	เกณฑ์ผ่าน
ด้านที่ 1 ความเหมาะสม (Appropriateness)	4.72	0.33	4.31-5.00	มากที่สุด	✓

ด้านการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	95% CI	แปลผล	เกณฑ์ผ่าน
ด้านที่ 2 ความเป็นไปได้ (Feasibility)	4.60	0.42	4.07-5.00	มากที่สุด	✓
ด้านที่ 3 ความชัดเจน (Clarity)	4.68	0.35	4.24-5.00	มากที่สุด	✓
ด้านที่ 4 ประโยชน์ (Utility)	4.68	0.38	4.20-5.00	มากที่สุด	✓
ภาพรวมทุกด้าน	4.67	0.37	4.21-5.00	มากที่สุด	✓

หมายเหตุ เกณฑ์การยอมรับ $\bar{x} \geq 3.51$ และ 95% CI ขอบล่าง ≥ 3.51 ทุกด้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมในด้านความชัดเจนของเกณฑ์การส่งต่อฉุกเฉินและการกำหนดตัวชี้วัดระยะยาวที่ชัดเจนกว่านี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้จริงในระยะที่ 3

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

หลังการใช้รูปแบบ 2 เดือน ตัวแปรผลลัพธ์ทุกตัวมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้ของ อสม. มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด (Cohen's $d = 3.00$) ระดับความรู้เปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับสูง รองลงมา คือ ทักษะ (Cohen's $d = 1.87$) และพฤติกรรมการมีส่วนร่วม (Cohen's $d = 1.41$) ซึ่งทั้งสามตัวแปรมีขนาดผลกระทบระดับใหญ่มาก ส่วนความสามารถของผู้ดูแลและความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนมีขนาดผลกระทบระดับใหญ่มากเช่นกัน ขณะที่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีขนาดผลกระทบระดับกลาง แต่มีนัยสำคัญทางคลินิกเนื่องจากระดับคุณภาพชีวิตเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดีภายในระยะเวลาเพียง 2 เดือน รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบตัวแปรผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตัวแปร	n	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	สถิติ	df	p	d_z (95% CI)	แปลผลก่อน	แปลผลหลัง
ความรู้ อสม. (เต็ม 20)	40	10.15 (1.98)	16.71 (1.12)	+6.56 (5.89, 7.23)	t = 18.94	39	< 0.001	3.00 (2.27, 3.72)	ต่ำ	สูง

ตัวแปร	n	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	สถิติ	df	p	d_z (95% CI)	แปลผล ก่อน	แปลผล หลัง
ทักษะ อสม. (เต็ม 5)	40	3.17 (0.58)	4.35 (0.44)	+1.18 (1.02, 1.34)	t = 11.84	39	< 0.001	1.87 (1.36, 2.39)	ปาน กลาง	มาก
พฤติกรรมมีส่วนร่วม (เต็ม 5)	40	3.14 (0.71)	4.38 (0.51)	+1.24 (1.00, 1.48)	t = 8.94	39	< 0.001	1.41 (0.98, 1.85)	ปาน กลาง	มาก
คุณภาพชีวิต WHOQOL (0-100)	312	59.45 (11.24)	67.79 (9.87)	+8.34 (6.47, 10.21)	t = 8.76	311	< 0.001	0.50 (0.38, 0.61)	ปาน กลาง	ดี
ความสามารถผู้ดูแล (เต็ม 5) [†]	17	Md = 3.10	Md = 4.40	Md diff = +1.30 (0.80, 1.80)	Z = - 3.62	—	0.001	r = 0.88 (0.69, 0.96)	ปาน กลาง	มาก
ความเข้มแข็ง เครือข่าย (เต็ม 5) [†]	8	Md = 4.38	Md = 4.78	Md diff = +0.40 (0.20, 0.60)	Z = - 2.54	—	0.011	r = 0.90 (0.53, 0.98)	มาก	มาก ที่สุด

หมายเหตุ

- ขนาดผลกระทบทุกตัวคำนวณด้วยสูตรเดียวกัน ดังนี้ สำหรับ Paired Samples t-test ใช้ $d_z = t / \sqrt{n}$ ตาม Lakens (2013) ซึ่งเป็นสูตรที่เหมาะสมสำหรับการออกแบบวัดซ้ำ (Within-Subject Design) โดยใช้ค่า t และขนาดตัวอย่าง n ของแต่ละกลุ่มที่ถูกเปรียบเทียบ สำหรับ Wilcoxon Signed-Rank Test ใช้ $r = |Z| / \sqrt{N}$ ตามมาตรฐานของ Field (2013)
- [†] ใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากคะแนนผลต่างไม่มีการกระจายแบบปกติ (Shapiro-Wilk $p < 0.05$) รายงานมัธยฐาน (Md) และ Median difference พร้อม 95% CI แทนค่าเฉลี่ย รายงานขนาดผลกระทบด้วย r แทน d_z
- 95% CI ของ d_z คำนวณด้วยสูตร approximation ของ Hedges และ Olkin (1985) $SE(d_z) \approx \sqrt{(1/n + d_z^2/2n)}$ 95% CI ของ r คำนวณด้วย Fisher's z-transformation
- n = 8 หมายถึงผู้แทนองค์กรภาคีเครือข่าย 8 หน่วยงาน หน่วยวิเคราะห์เป็นระดับองค์กร ไม่ใช่บุคคล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กองทุน LTC กลุ่มผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนขุนันท์ โดยหน่วยวิเคราะห์เป็นระดับองค์กร ไม่ใช่บุคคล
- p-value รายงานเป็นค่าที่แน่นอน ยกเว้นกรณี $p < 0.001$

ความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านที่มีพัฒนาการสูงสุด คือ ด้านที่ 3 ความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด (+2.20 คะแนน Cohen's d = 2.90) เนื่องจากเป็น

ด้านที่ อสม. ขาดความรู้มากที่สุดก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 2.00$) สะท้อนให้เห็นว่าหลักสูตรอบรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงสามารถยกระดับความรู้ด้านที่มีช่องว่างสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ อสม. ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ จำแนกรายด้าน (n = 40)

ด้านความรู้	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	df	p	Cohen's d (95% CI)
ด้านที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	3.45 (0.84)	4.80 (0.41)	+1.35 (0.96, 1.74)	12.34	39	< 0.001	1.62 (1.10, 2.14)
ด้านที่ 2 ความรู้การดูแลผู้สูงอายุทั่วไป	3.25 (0.76)	4.65 (0.48)	+1.40 (1.08, 1.72)	13.76	39	< 0.001	1.81 (1.24, 2.38)
ด้านที่ 3 ความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	2.00 (0.72)	4.20 (0.55)	+2.20 (1.88, 2.52)	18.42	39	< 0.001	2.90 (2.15, 3.65)

ด้านความรู้	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	df	p	Cohen's d (95% CI)
ด้านที่ 4 ความรู้การส่งต่อและประสานงาน	3.40 (0.78)	4.80 (0.41)	+1.40 (1.10, 1.70)	14.21	39	< 0.001	1.85 (1.28, 2.42)
รวม (เต็ม 20 คะแนน)	10.15 (1.98)	16.71 (1.12)	+6.56 (5.89, 7.23)	18.94	39	< 0.001	3.00 (2.28, 3.72)

ก่อนการใช้รูปแบบ อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.00 มีความรู้ระดับต่ำมากถึงต่ำ ไม่มี อสม. คนใดมีความรู้ระดับสูงถึงสูงมาก หลังการใช้รูปแบบ อสม. ร้อยละ 90.00 มีความรู้ระดับสูงถึงสูงมาก และไม่มี อสม. คนใดอยู่ในระดับต่ำมากหรือต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การกระจายระดับความรู้ อสม. ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 40)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	ก่อน	หลัง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ต่ำมาก	0-7 คะแนน	6 (15.00)	0 (0.00)
ต่ำ	8-11 คะแนน	20 (50.00)	0 (0.00)
ปานกลาง	12-15 คะแนน	10 (25.00)	4 (10.00)
สูง	16-17 คะแนน	4 (10.00)	22 (55.00)
สูงมาก	18-20 คะแนน	0 (0.00)	14 (35.00)
รวม		40 (100.00)	40 (100.00)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	ก่อน	หลัง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)		10.15	16.71
S.D.		1.98	1.12
การแปลผล		ต่ำ	สูง

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกมิติ โดยมีมิติด้านสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด (+9.11 คะแนน) สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น ความรู้สึกลดภัยและการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมที่เปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดีในทุกมิติ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREF-THAI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ จำแนกรายมิติ (n = 312)

มิติคุณภาพชีวิต	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	df	p	Cohen's d (95% CI)	แปลผล ก่อน	แปลผล หลัง
ด้านสุขภาพกาย	58.34 (12.48)	66.82 (10.23)	+8.48 (6.12, 10.84)	7.10	311	< 0.001	0.74 (0.53, 0.95)	ปาน กลาง	ดี
ด้านสุขภาพจิต	61.28 (13.12)	69.14 (11.34)	+7.86 (5.78, 9.94)	7.43	311	< 0.001	0.64 (0.44, 0.84)	ปาน กลาง	ดี
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	62.45 (12.87)	70.38 (10.56)	+7.93 (5.96, 9.90)	7.91	311	< 0.001	0.67 (0.47, 0.87)	ปาน กลาง	ดี
ด้านสภาพแวดล้อม	55.72 (13.56)	64.83 (11.24)	+9.11 (6.89, 11.33)	8.07	311	< 0.001	0.72 (0.52, 0.92)	ปาน กลาง	ดี
ภาพรวม (0-100 คะแนน)	59.45 (11.24)	67.79 (9.87)	+8.34 (6.47, 10.21)	8.76	311	< 0.001	0.79 (0.59, 0.99)	ปาน กลาง	ดี

เครือข่ายชุมชนทุกกลุ่มมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากถึงมากที่สุด โดย อสม. มีความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.58)

รองลงมา คือ ผู้ดูแล ($\bar{X}$ = 4.53) และผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 4.27) ทุกกลุ่มผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ($\bar{X}$ $\geq$ 3.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < 0.001) ด้านที่ทุกกลุ่มพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ สะท้อนว่ารูปแบบตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชนต่อรูปแบบ จำแนกรายกลุ่ม (One-Sample t-test และ Wilcoxon Signed-Rank Test, เกณฑ์ $\mu_0 = 3.41$)

กลุ่ม	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Md (IQR)	95% CI ของ $\bar{x}$	ผลต่างจากเกณฑ์ (95% CI)	สถิติ	df	p	สัดส่วนผ่านเกณฑ์	แปลผล
อสม.	40	4.58 (0.48)	4.75 (4.50-5.00)	4.43, 4.73	+1.17 (1.02, 1.32)	t = 15.41	39	< 0.001	ร้อยละ 100.00	มากที่สุด
ผู้ดูแล	17	4.53 (0.50)	4.50 (4.25-5.00)	4.27, 4.79	+1.12 (0.86, 1.38)	t = 9.24	16	< 0.001	ร้อยละ 100.00	มากที่สุด
ผู้สูงอายุ	312	4.27 (0.62)	4.25 (4.00-4.75)	4.20, 4.34	+0.86 (0.79, 0.93)	t = 23.11	311	< 0.001	ร้อยละ 91.35	มาก

หมายเหตุ คณะกรรมการวิจัยได้วัดด้วยมาตราส่วน 4 ข้อ ช่วงคะแนน 1.00-5.00 คะแนนสูง = พึงพอใจมาก ไม่มีข้อมูลสูญหายในทุกกลุ่ม เกณฑ์การทดสอบ $\mu_0 = 3.41$ กำหนดล่วงหน้าในโครงร่างการวิจัย ผลต่างจากเกณฑ์ = $\bar{x} - 3.41$ สัดส่วนผ่านเกณฑ์หมายถึงร้อยละของผู้ตอบที่มีคะแนน ≥ 3.41 ไม่รายงานค่าเฉลี่ยรวม 3 กลุ่ม เนื่องจากขนาดกลุ่มแตกต่างกันมาก (n = 17, 40, 312) การรวมจะถ่วงน้ำหนักด้วยผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนมากที่สุดและบทบาทต่างจาก อสม. และผู้ดูแล

สรุปผล

1. การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 94.55 อยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเกณฑ์ ADL (12-20 คะแนน) เครือข่ายชุมชนทุกกลุ่มมีปัญหาในระดับมาก ($\bar{x} = 3.58-3.90$) โดยการขาดความรู้และทักษะเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล และมีความต้องการในระดับมากในทุกกลุ่ม ($\bar{x} = 4.00-4.32$) ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุช่องว่างเชิงระบบ 4 ประการ ได้แก่ การขาดระบบประเมินและข้อมูลรวมศูนย์ การขาดช่องทางสื่อสารที่รวดเร็ว การขาดระบบส่งต่อมาตรฐาน และการขาดศักยภาพและระบบสนับสนุนผู้ดูแล

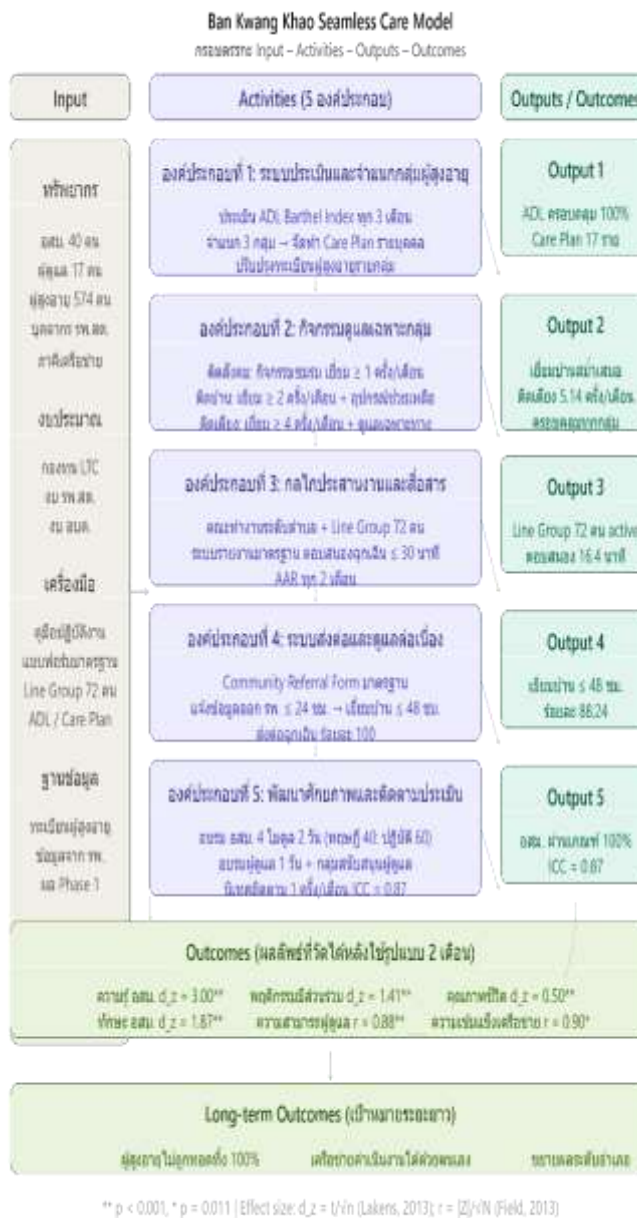
2. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยคณะทำงาน 32 คน ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง ได้รูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบการประเมินและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลแบบเฉพาะกลุ่มตามระดับการพึ่งพิง กลไกการประสานงานและการสื่อสาร ระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง และระบบการพัฒนาศักยภาพ

และการติดตามประเมินผล รูปแบบผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใน 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ($\bar{x} = 4.60-4.72$, ภาพรวม $\bar{x} = 4.67$, S.D. = 0.37)

3. ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะเวลา 2 เดือน พบคะแนนของตัวแปรผลลัพธ์ทุกตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (d_z = 3.00, 95% CI: 2.27, 3.72) ทักษะ (d_z = 1.87, 95% CI: 1.36, 2.39) พฤติกรรมการมีส่วนร่วม (d_z = 1.41, 95% CI: 0.98, 1.85) ความสามารถของผู้ดูแล (r = 0.88, 95% CI: 0.69, 0.96) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (d_z = 0.50, 95% CI: 0.38, 0.61) และความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน (r = 0.90, 95% CI: 0.53, 0.98) โดยเครือข่ายชุมชนทุกกลุ่มมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ผลเบื้องต้นเหล่านี้สนับสนุนความเป็นไปได้และประสิทธิผลเบื้องต้นของรูปแบบในบริบทชุมชนชนบทที่มีโครงสร้างเครือข่ายและทรัพยากรคล้ายกับพื้นที่วิจัย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาใช้การออกแบบกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลเพียง 2 เดือน จึงยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือความยั่งยืน

ของผลลัพธ์ได้ และรูปแบบจำเป็นต้องผ่านการทดสอบซ้ำในพื้นที่หลายแห่งก่อนการขยายผล

ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการเสริมสร้างพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Ban Kwang Khao Seamless Care Model) ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 Ban Kwang Khao Seamless Care Model

อภิปรายผล

ผลการประเมินรูปแบบ "Ban Kwang Khao Seamless Care Model" สามารถแจกแจงเป็นรายด้าน ดังนี้
ผลด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วยขนาดผลกระทบใหญ่มาก (Cohen's $d = 3.00$) สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของหลักสูตร

อบรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงร้อยละ 60 ของเวลาเรียน สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ Knowles (1980) ที่ระบุว่า ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเนื้อหาเชื่อมโยงกับประสบการณ์และปัญหาในชีวิตจริง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ หอมเนียม นงนุช และคณะ (2565) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีภายใน 2 เดือน สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลแบบไร้รอยต่อที่ครอบคลุมทุกมิติส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Layte และคณะ (Layte et al., 2013) ที่พบว่า ระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมต่อโรงพยาบาลกับชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 18.70 ภายใน 3 เดือน โดยมีมิติด้านสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดในการวิจัยครั้งนี้ (+ 9.11 คะแนน) สะท้อนว่า เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น และมีชุมชนคอยดูแล คุณภาพชีวิตโดยรวมจะดีขึ้นตามมา

ผลด้านความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนที่เพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงพลังของกระบวนการ PAR ที่ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของรูปแบบและมีความผูกพันในการดำเนินงาน สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลัง (Empowerment Theory) ของ Zimmerman (2000) ที่ระบุว่า การเสริมพลังจะเกิดขึ้นได้จริงเมื่อบุคคลมีความรู้ ทักษะ และระบบสนับสนุนที่เพียงพอในการปฏิบัติบทบาทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดบางประการที่ควรระมัดระวัง ได้แก่ อัตราการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมงอยู่ที่ร้อยละ 88.24 (15 จาก 17 ราย) ยังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ 100 เนื่องจากระบบการแจ้งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนยังไม่สมบูรณ์ และระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบเพียง 2 เดือน อาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนในระยะยาว จึงควรมีการติดตามผลในระยะ 6 และ 12 เดือนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษควรพิจารณาจัดทำโครงการนำร่อง (Pilot Program) ในพื้นที่ 3-5 แห่งที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยใช้การออกแบบ Multi-site Quasi-experimental Design พร้อมประเมิน Implementation Outcomes ได้แก่ ครอบคลุม (Reach) ความถูกต้องของการดำเนินงาน (Fidelity) การยอมรับ (Adoption) และความยั่งยืน (Sustainability) สำหรับเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาประกาศเป็นนโยบายระดับจังหวัดหรืออำเภอต่อไป

2. การพัฒนาหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรนำหลักสูตร 4 โมดูลที่พัฒนาในการวิจัยนี้ไปทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือประเมินทักษะในตัวอย่างที่มีขนาดเพียงพอก่อน และควรประเมินความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ในบริบทใหม่ก่อนนำไปขยายผลระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาวและคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุระดับตำบลควรดำเนินงานตามรูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ ทรัพยากร ความถี่ และตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการแจ้งข้อมูลจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง ผู้รับผิดชอบ พยาบาลผู้ประสานงาน โรงพยาบาลชุมชนอุทุมพรพิสัย ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกณฑ์ความสำเร็จ ร้อยละ 100 ภายใน 6 เดือน

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภายใน 48 ชั่วโมง หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบพื้นที่ ร่วมกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกณฑ์ความสำเร็จ ร้อยละ 100 ภายใน 6 เดือน

ตัวชี้วัดที่ 3 ความครบถ้วนของแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้รับผิดชอบ พยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว. (2567). ฐานข้อมูล J-HCIS พ.ศ.2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกวางขาว.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566. ศรีสะเกษ:
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

วิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม เกณฑ์ความสำเร็จ ครบถ้วนร้อยละ 100 ภายใน 3 เดือน และปรับปรุงทุก 3 เดือน

2. อัตราการอบรมทบทวนความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความถี่ ทุก 6 เดือน เกณฑ์ความสำเร็จ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมร้อยละ 100 และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ของคะแนนทดสอบ

3. ควรพัฒนามาตรการคุ้มครองการะผู้ดูแล (Caregiver Support System) ที่มีความเป็นไปได้จริงในพื้นที่ ประกอบด้วยระบบผู้ดูแลสำรอง (Respite Care) โดยประสานงานกับองค์กรบริหารส่วนตำบลในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนและสรรหาอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุแทนผู้ดูแลหลักในช่วงที่จำเป็น อย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อราย ช่องทางปรึกษาฉุกเฉิน โดยกำหนดเบอร์โทรศัพท์ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจน พร้อมระบุเวลาตอบสนองไม่เกิน 30 นาทีสำหรับกรณีฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver Support Group) ทุกเดือน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และลดความโดดเดี่ยว

ข้อเสนอแนะสำหรับกรวิจัยต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลระยะยาวโดยใช้ Multi-site Cluster Quasi-experimental Design ในพื้นที่อย่างน้อย 3-5 แห่งที่มีบริบทคล้ายกันและแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความสามารถในการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทที่หลากหลาย ติดตามผลลัพธ์ในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน โดยประเมินอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง การเปลี่ยนแปลงระดับ ADL ความยั่งยืนของเครือข่ายและพฤติกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-effectiveness Analysis)

- หอมเนียม นงนุช, มะรังษี สุภาพร, และจิระออน ดลนภา. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(3), 402-415.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. David McKay.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.).
- Granovetter MS.(1973).*The Strength of Weak Ties*. American Journal of Sociology, 78(6), 1360–1380.
<https://doi.org/10.1086/225469>
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. (2003).*Continuity of care: A multidisciplinary review*. BMJ. 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for systems and services*. Geneva: WHO.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559-603). Sage Publications.
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy* (2nd ed.). Cambridge Books.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Nunnally JC. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). *On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity*. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Sum, G., Lau, L. K., Jabbar, K. A., et al. (2023). *The World Health Organization (WHO) Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework: A Narrative Review on Its Adoption Worldwide and Lessons Learnt*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 154.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010154>
- Tavassoli, N., de Souto Barreto, P., Berbon, C., et al. (2022). *Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE)*
- WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>
- World Health Organization. (2022). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation pilot programme: Findings from the ready phase*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048355>
- Zimmerman, M. A. (2000). *Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis*. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Kluwer Academic/Plenum Publishers.