

การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระ
ธาตุบังพวน จังหวัดหนองคาย

Development of service models for the elderly with dependency Participation in
Phrathatbangphuan Subdistrict Health Promotion Hospital Nongkai Province.

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

วิไลพร แก้วฝ่าย¹ สมถวิล ศรีสวัสดิ์¹ พรรณิภา ไชยรัตน์²
Wilaiporn Kaewfai¹, Somthawil Srisawad¹, pannipa chairat²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนา
รูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1.วิเคราะห์
สถานการณ์ 2.พัฒนารูปแบบและ 3.ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1)กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ
27 คน คือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ 8 คนและทีมบริการสุขภาพชุมชน 19 คน เก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่มและ
สัมภาษณ์เชิงลึก 2)กลุ่มเป้าหมายเชิงปริมาณ คือ ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบ
ประเมินสุขภาพดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม 2566 – เมษายน 2567
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้บริการ คือ “โปรแกรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานตำบลพระธาตุบังพวน (Prathat Primary Digital
Health : PPDH)” แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ให้การดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN
HOMESS SS 2) ทีมบริการสุขภาพชุมชน ให้การดูแลตามแบบฟอร์มแผนการดูแล(Care Plan) หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงที่ได้รับการ พบว่า1)ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -
value <0.01 เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินงาน 2)คะแนนคุณภาพชีวิต(WHOQOL-BREF -THAD)หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ p -value<0.001 เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินงาน และ3)มีความพึงพอใจในระดับดี ร้อยละ 94.2

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ แบบมีส่วนร่วมในชุมชน, การให้บริการ , ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

Abstract

This participatory action research (Participatory Action Research: PAR) aims to analyze the situation. Develop a
model and study the results of developing a service model for dependent elderly people. Participation in the
community, carried out in 3 phases: 1. Analyzing the situation 2. Develop formats and 3. Results of model development
The sample was purposively selected and divided into 2 groups: 1) Qualitative target group of 27 people, namely service
providers, including 8 primary care health service teams and 19 community health service teams. Data were collected
through focus group discussions and in-depth interviews. 2) The quantitative target group is 50 dependent elderly service
recipients. Data were collected using questionnaires. Barthel ADL Index Health Assessment Form and quality of life
assessment for the elderly Processing period: May 2023 - April 2024. Qualitative data was analyzed using content analysis.
and quantitative using descriptive statistics and Paired t-test statistics.

The research results found that The service model is “Prathat Bang Phuan Subdistrict Primary Health Care Program
(Prathat Primary Digital Health: PPDH)” divided into 2 issues as follows: 1) Primary Health Service Team Provide care with a

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

home visit record form according to IN HOMES SS guidelines. 2) Community Health Service Team Provide care according to the care plan form (Care Plan) after developing a model for dependent elderly people receiving services. It was found that 1) the average ability to perform daily activities after the operation increased significantly at the p-value <0.001 level compared to before the operation. 2) Quality of life score (WHOQOL-BREF -THAD) after operation increased with statistical significance at p-value<0.001 Compared to before operation and 3) there was a good level of satisfaction at 94.2%.

Keywords: Developing a participatory model in the community, providing services, dependent elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุของโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศสหรัฐอเมริกาข้อมูลว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2567 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคน¹ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมบริโภคและวิถีชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ² ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น และต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชนหรือเข้าไปพักอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว³ ผลกระทบที่เกิดตามมาจากโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจนกลายเป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี⁴ สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 10.4) ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งหมด⁵ นอกจากนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี (2561-2580) ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ เพื่อ "การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานบนพื้นฐานการคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิ์⁶

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน⁷ ปี พ.ศ.2566 มีพื้นที่รับผิดชอบ 14 หมู่บ้าน

ประชากร 11,116 คน มีผู้สูงอายุ 1,491 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 จากประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 92 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิบัตรทอง จำนวน 70 คน ได้ทำการสำรวจวิเคราะห์ปัญหาการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะสุขภาพทรุดลง จากการเยี่ยมบ้านและสังเกตสอบถาม พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ 1)ผู้สูงอายุมีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง หลงลืมกินยาไม่ถูกต้องรวมถึงการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น ผู้สูงอายุบางคนอยู่บ้านตามลำพังเกิดอาการเหงาว่าเหว่ อยากพบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน 2)คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อนุกรรมการ LTC) มีทีมสมาชิกเปลี่ยนแปลงทำให้ระบบการติดต่อประสานงาน ระบบการเบิกจ่าย ใช้ลงข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ รวมถึงขั้นตอนการประสานงานไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่าช้า 3)ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ติดตามเยี่ยมแต่รายงานข้อมูลอาการ และปัญหาที่พบล่าช้า ขาดทักษะการทำงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล 4)สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ลูก หลาน ขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5)เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามเยี่ยมแบบต่างคนต่างทำและรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังทำได้ไม่ครอบคลุม 6)การติดตามเยี่ยมซ้ำซ้อนเพราะต่างคนต่างเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

ร่วมในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

3 เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 – เมษายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมของทีมงานในการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ 8 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 4 คนและทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จำนวน 4 คน 2) ทีมบริการสุขภาพชุมชน 19 คน

ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver) จำนวน 10 คน, อาสาสมัครเด็กดูแลผู้สูงอายุ(อผส.) จำนวน 5 คน, คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อนุกรรมการ LTC) จำนวน 2 คน, คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เคยรับบริการอย่างน้อย 6 ครั้ง จำนวน 3 คน รวมเป็น 30 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 30 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1)ผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขต ตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index : ADL) มีค่าคะแนน 5-11 คะแนน 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย 3) เป็นผู้ยินดี สมัยใจ ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

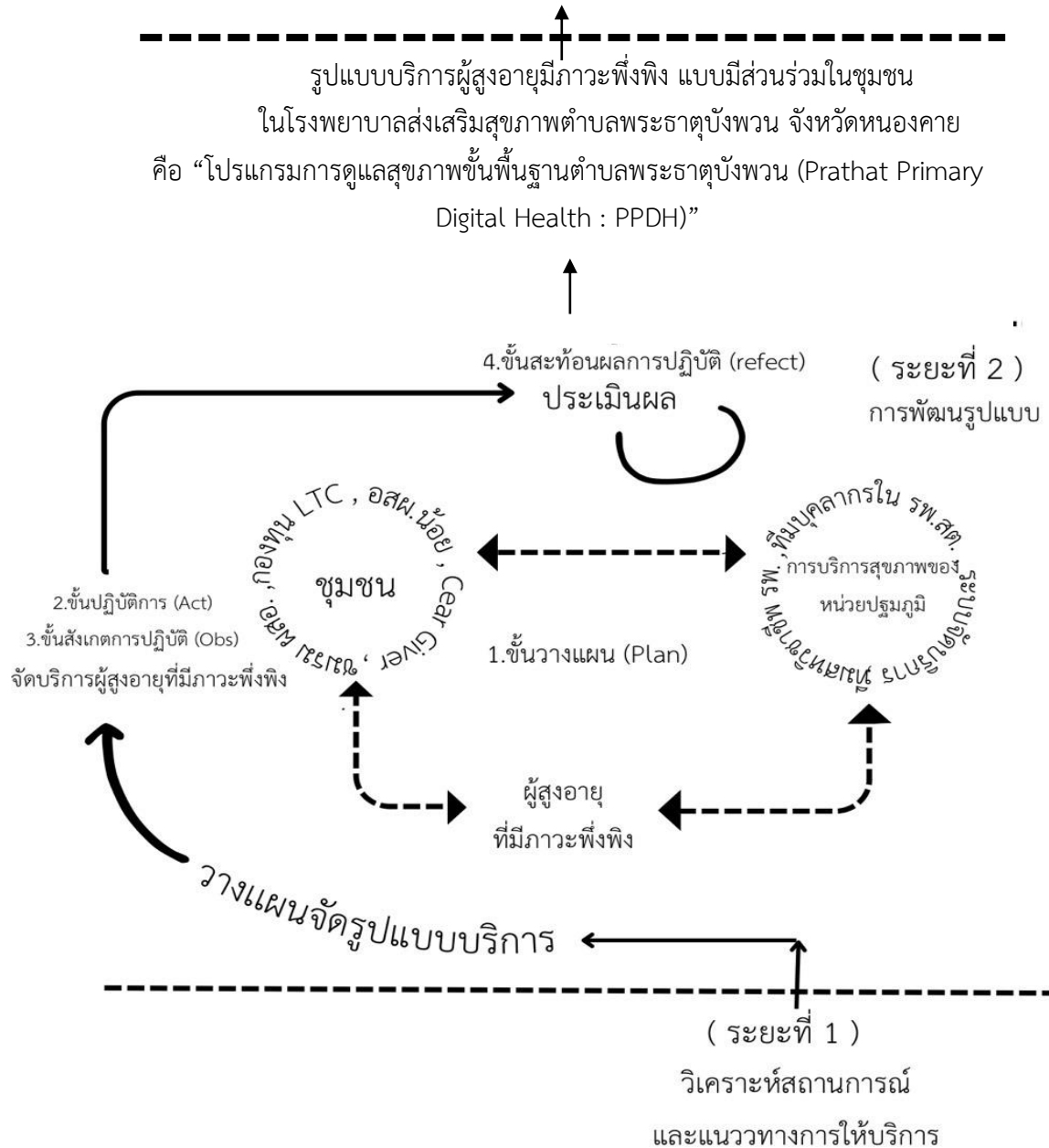
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมของทีมงานในการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

(ระยะที่ 3)
ผลการพัฒนารูปแบบ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล
- คุณภาพชีวิต
- ความพึงพอใจ



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล⁸ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ กลุ่ม 1 ติดสังคมมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่ม 2 ติดบ้านมีคะแนน 5-11 คะแนน กลุ่ม 3 ติดเตียงมีคะแนน 0-4 คะแนน ส่วนที่ 3 ข้อมูลแบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย⁹ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือมาจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มี 26 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ¹⁰ จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF -THAD) ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้ นำเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.95 และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของบารัล : Combochi alpha coefficient) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าเท่ากับ 0.822

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

จากภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการ

ให้บริการที่ผ่านมา (กรกฎาคม - สิงหาคม 2566) ดำเนินการดังนี้ แต่งตั้งคณะทำงานที่วิจัยและจัดทำแผนการกำหนดกิจกรรมโครงการ ศึกษาข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรผู้ให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน นำปัญหาข้อค้นพบมาประชุมชี้แจง กำหนดประเด็นและหาแนวทางการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (กันยายน - พฤศจิกายน 2566) โดยใช้แนวคิดการดำเนินการวิจัยของ Kemmis และ McTaggart¹¹ ซึ่งมีขั้นตอน คือ กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning : P) 2) การปฏิบัติ (Action : A) 3) การสังเกต (Observation : O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection : R) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 2) ร่วมกันวางแผนตัดสินใจ เสนอแนะ และเลือกรูปแบบการพัฒนา ร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อยในการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวคิดทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยยึดหลักการดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOMESS SS กลุ่มที่ 2 ทีมบริการสุขภาพชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อยในการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวคิดทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยยึดหลักการดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล

(Care Plan) จากนั้นจัดทำรูปแบบการให้บริการ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน(Action) โดย
การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ตามรูปแบบให้บริการ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนที่ได้จาก
ขั้นตอนที่ 1 และติดตามผลการดำเนินการ
ประกอบด้วย 1) การมอบหมายหน้าที่แก่ทีมบริการ
สุขภาพหน่วยปฐมภูมิและทีมบริการสุขภาพชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่เคยรับบริการ จากนั้นมี
การสนทนากลุ่ม เพื่อเสนอแนะแนวทาง นำมา
ปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป 2) การสนับสนุนความรู้และ
ทักษะ ในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมี
ส่วนร่วมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) เป็น
การติดตามประเมินผลรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นจากการ
สังเกตการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมี
ส่วนร่วมในชุมชนและติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ
(Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนโดย
การใช้ผลการประเมินจากการสังเกตในขั้นตอนที่ 3
นำมาสะท้อนผลการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
โดยนำปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จและสรุปผล
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในแต่ละขั้นตอนคืนข้อมูลแก่ทีมผู้
ร่วมวิจัยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนา
ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบ
การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมใน
ชุมชน (ธันวาคม 2566 - พฤษภาคม 2567) โดยศึกษา
ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน
ดังนี้ 1) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำ 2) ประเมินวัดคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการ
พัฒนารูปแบบ 3) ประเมินความพึงพอใจหลังการ
พัฒนารูปแบบ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสนทนา
กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีวิเคราะห์เชิง
เนื้อหา การตีความ สรุปความ ข้อมูลเชิงปริมาณ
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้
และความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันดัชนีบาร์เธลแอคทีวิตี (Barthel Activity of
Daily Living index: ADL) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง (WHOQOL-BREF -THAD) ก่อนและ
หลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่
Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
หมายเลข COA No. NKPH 71/2566 วันที่ 27
กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง (N=50) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 72.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 80 ปีขึ้นไป ร้อย
ละ 46.0 เรียบจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 94.0 ไม่ได้
ประกอบอาชีพ ร้อยละ 94.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ
54.0 โดยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.0 ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเป็น
บุตร ร้อยละ 76.0 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่กับ
บุตร ร้อยละ 78.0 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ
ดำเนินงานการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care
Giver) และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พระธาตุบังพวน ร้อยละ
100

ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL) (N=50) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลก่อนและหลังการดำเนินงานเท่ากับ 7.26 (SD=1.259) และ 8.42 (SD=1.751) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value <0.001 เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL) (n=50)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	7.26	1.259	8.42	1.751	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value<0.001 วิเคราะห์โดย Paired t-test

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (WHOQOL-BREF -THAD) (n=50) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการดำเนินงานเท่ากับ 67.58 (SD=10.184) และ 92.68 (SD=9.488) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ค่าเฉลี่ย

คุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value <0.001 เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน โดยเมื่อจำแนกคะแนนรายด้านพบว่า ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value <0.001 เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF -THAD) (N=50)

คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF -THAD)	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1. ด้านสุขภาพกาย	17.68	2.721	22.44	3.435	0.000*
2. ด้านจิตใจ	15.24	3.127	20.86	6.321	0.000*
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.52	1.515	10.66	1.780	0.000*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	21.98	5.073	31.02	4.167	0.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	67.58	10.184	92.68	9.488	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value<0.001 วิเคราะห์โดย Paired t-test

ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนา (N=50) พบว่า หลังการพัฒนาแบบ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับดี ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.37

(SD=0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีทุกด้านโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึง

พอใจต่อเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะ
พึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เท่ากับ 4.40 (SD-0.26)

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ ตำบลพระธาตุบังพวน มี
ประชากรผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน การ
ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วย
บริการ และชุมชนยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการ
ทำงาน ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ
ญาติขาดทักษะในการดูแลตนเอง การมีโรคประจำตัว ไม่
ไปตามนัดรับการรักษาบริการในโรงพยาบาลเมื่อมี
อาการเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดในการเข้าถึง เช่น
การรอคอย พาหนะในการมาและกลับโรงพยาบาล การ
ลืมนัดซึ่งกระบวนการสำคัญคือการบูรณาการในการ
ดูแลระหว่างทีมสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยรัตน์
ยาประดิษฐ์¹² เรื่องการพัฒนาบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า การ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มี
ลักษณะเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และมีการติด
ตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีความต่อเนื่องและ
ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการดูแลผู้สูงอายุได้

2. การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะ
พึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน พัฒนาขึ้นจากแนวคิด
การดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ซึ่งมีแนวคิด
ว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน
วางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนอง
ความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ
เอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจาก
สถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำ
ให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและ
ผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้นว

ทางการพัฒนาคุณภาพ PAOR ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่
ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนา
ศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
สนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนา
ระบบ ติดตามเยี่ยม การศึกษาของ Tapas, Danpradit
& Ratnavji(2017) ศึกษาแบบการจัดบริการการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวัง
ตะกั่ว จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดย
การติดสติ๊กเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมี
ส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ
หลังการพัฒนารูปแบบพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจใน
การพัฒนารูปแบบส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบาง
การศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียง
อย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมี
การบูรณาการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ควร
ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการ
สนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และ
ดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแล
ผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ (Ciccone.
Celani. Chiamonte. Rossi & Righetui, 2013)เพื่อให้
บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมี
คุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความ
เป็นมนุษย์ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai
(2011) กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ การพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน
ตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว การดูแลทีมสห
วิชาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สุขภาพที่ดีขึ้นได้รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน 2)
รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วย
“โปรแกรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานตำบลพระธาตุบัง

พ ว น (Prathat Primary Digital Health : PPDH)”
แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ทีมบริการสุขภาพหน่วย
ปฐมภูมิ ให้การดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตาม
แนวทาง IN HOMESS SS 2) ทีมชุมชน ให้การดูแลตาม
แบบฟอร์มแผนการดูแล(Care Plan)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่แพทย์
จำหน่ายและกลับมานอนพักที่บ้าน

2.ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำคู่มือเฉพาะสำหรับ
ผู้ป่วยติดเตียง ให้มีสีสันสวยงามได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมใน
ชุมชนและการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่ม
อื่นๆ เช่น ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่ม
ผู้ป่วยที่

มีการดูแลแบบประคับประคองเป็นต้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารทั้งในและนอก
องค์กรที่ให้การสนับสนุนทุกด้าน ขอขอบพระคุณทีม
บริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ทีมบริการสุขภาพชุมชน
และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการ
พัฒนาผลงานวิจัยครั้งนี้ และในโอกาสนี้ ที่ให้ความรู้
ด้านวิชาการรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัย
และกรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Dahm TS, Bruhn A, LeMaster M. Oral care in the long-term care of older patients: how can the dental hygienist meet the need? Am J Dent Hyg. 2015; 89(4): 229-237.
2. Artsanthia J, Pomthong R. The trend of elderly care in 21st century: challenging in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(1): 39-46. (in Thai).
3. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2014. Amarin printing and publishing; 2015.(in Thai).
4. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเทัญวานิชย์; 2552.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การทำงานของผู้สูงอายุปี 2560. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]; จาก www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N08-02-61-1.aspx.
6. ศิริลักษณ์ มีมาก และคณะ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา; 2561.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน. สถิติผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน; 2566.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL). 2557.
9. นายสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF -THAD). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
10. สุวิมล คำย่อย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหยวก อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี [การค้นคว้าอิสระ]. อุดรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก; 2555.
11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. วิจัยเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
- 12.ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองลิ้ม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562