ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

The Effectiveness of a Care Model for Elderly Individuals with Long-term care Dependency Involving Network Partners in Hat Samran Subdistrict, Hat Samran District, Trang Province

ธวัชชัย เพทาย

Tawatchai Petai

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้าหวี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

Corresponding author. Email address: tawatchai.hadd@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 60 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาคือ "Hat Samran Model" ประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก ได้แก่ Health 360° (การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม), All for One (การวางแผนดูแลร่วมกัน), Train the Trainer (การอบรมผู้ดูแล), Silver Society (การเยี่ยมบ้านตามแผน), Age-Tech (การใช้เทคโนโลยีดูแลผู้สูงอายุ), Meeting of Minds (การประสานความร่วมมือ), Resource Rally (การระดมทรัพยากร), Aging Agenda (การผลักดันนโยบายผู้สูงอายุ) และ Nourish for Life (การส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพ) ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 3.96 เป็น 6.00 ($p < 0.001$) โดยสรุป "Hat Samran Model" เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผล สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research aimed to study the model and effectiveness of long-term care for dependent elderly through network participation in Hat Samran Subdistrict, Hat Samran District, Trang Province. The sample comprised 60 participants involved in model development and 25 dependent elderly. Research instruments included the Activities of Daily Living (ADL) assessment, focus group discussions, and workshops.

The developed care model, named "Hat Samran Model," comprised nine core activities: Health 360° (holistic health assessment), All for One (collaborative care planning), Train the Trainer (caregiver training), Silver Society (planned home visits), Age-Tech (technology-assisted elderly care), Meeting of Minds (coordination of cooperation), Resource Rally (resource mobilization), Aging Agenda (elderly policy advocacy), and Nourish for Life (nutrition and health promotion). The effectiveness evaluation revealed a statistically significant increase in the elderly's ADL scores, from a mean of 3.96 to 6.00 ($p < 0.001$). In conclusion, the "Hat Samran Model" proved to be an effective elderly care approach, enhancing the ability to perform daily activities among dependent elderly through community network participation.

Keywords: Dependent elderly, Long-term care, Community participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว[1] การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสสูงที่จะประสบปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยคาดการณ์ว่า งบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิงมีมูลค่าสูงถึง 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือราว 0.1% ของ GDP ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง 2565 การเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต[2]

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้านโดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเสี่ยงต่อการพึ่งพิง แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ต้องการการดูแลพิเศษ ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอย และการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน[3]

จากข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดตรัง พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 102,711 คน จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 80,923 คน คิดเป็นร้อยละ 78.79 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,642 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 572 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและได้รับการสนับสนุน 83,137 คน คิดเป็นร้อยละ 80.94 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง มีผู้สูงอายุ 1,282 คน โดยเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.95 รูปแบบเดิมในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลหาดสำราญมีกิจกรรมพื้นฐาน เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้านโดย อสม. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และการแจกเบี้ยยังชีพ แต่ยังขาดการดูแลแบบองค์รวม การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การอบรมผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ การใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ การวางแผนดูแลที่ครอบคลุม การผลักดันนโยบายท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pagaiya et al. ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุควรดำเนินการแบบบูรณาการ มีการมีส่วนร่วมจากภาคีด้านสุขภาพ สังคม และชุมชน ครอบคลุมทุกพื้นที่และมีความต่อเนื่อง[4]

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพตามองค์ประกอบการจัดการดูแล 4 ประการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบบริการ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 4) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน เพื่อให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

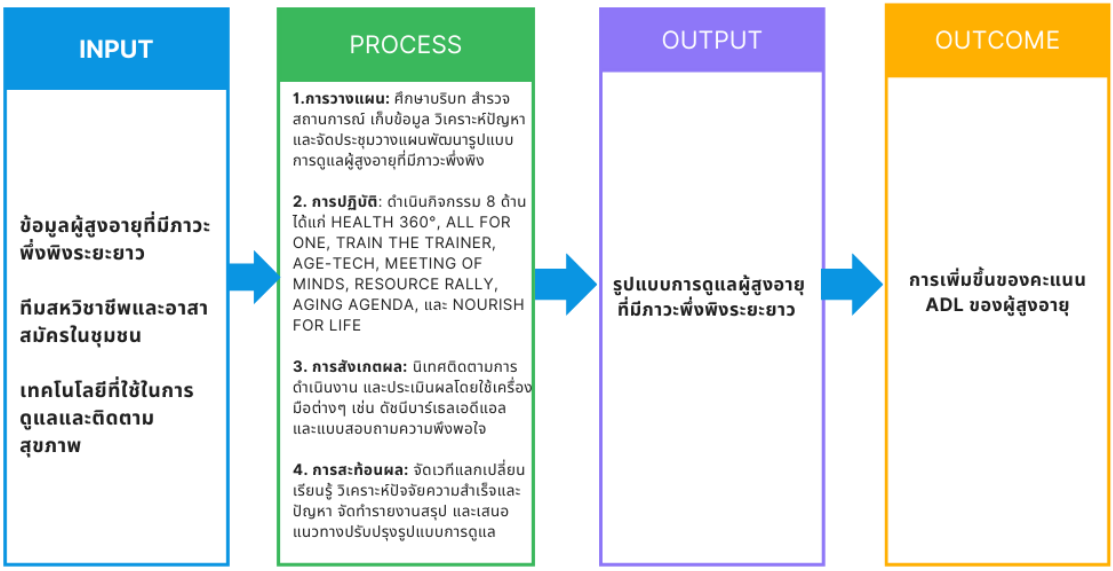
ผลการวิจัยนี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระของครอบครัวและชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในตำบลหาดสำราญ โดยบูรณาการแนวคิด LTC ของ สปสช. และ CCM ของ Wagner et al. (2001) ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)[5] เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)[5]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา (Participant) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ทีมหมอครอบครัว จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนหรือตัวแทนจากชุมชน จำนวน 15 คน อปท. จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 60 คน ร่วมกันค้นหาปัญหากำหนดแนวทาง วางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติงานตามแผน ประเมินผลการปฏิบัติงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน[6] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ ได้รับการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระหว่างเดือนตุลาคม-มีนาคม 2567 มีคะแนน ADL 0-11 คะแนน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาได้ มีผู้ดูแลหลักที่ให้ข้อมูลได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เสียชีวิตหรือย้ายออกจากหมู่บ้านระหว่างดำเนินงาน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ในการระดมความคิดเห็นและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย รวมถึงการสำรวจสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่ใช้ในการดูแล

1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) การจัดประชุมร่วมกับผู้ดูแล อาสาสมัคร และตัวแทนภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการฝึกอบรมผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานะการสมรส สถานะครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และการปฏิบัติตามศาสนกิจ ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง โรคประจำตัว การใช้กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์การแพทย์ และการพึ่งพาในการดูแล สถานะการอยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ และการทราบสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

2.2 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรมหลัก

ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปเก้าอี้ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน) การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ในบ้าน การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการขึ้น-ลงบันได

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหา และความชัดเจน ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จากนั้นปรับปรุงตามคำแนะนำและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อนปรับปรุงครั้งสุดท้าย คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวคือ 4.46 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กิจกรรมมีความสอดคล้องมากและเหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) การศึกษาบริบทและสำรวจสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง จะดำเนินการโดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหาและความต้องการ จากนั้นจะจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) แผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย "Health 360°" ซึ่งประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม, "All for One" เป็นการประชุมวางแผนและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ, "Train the Trainer" อบรมอาสาสมัครและผู้ดูแลในชุมชนให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ, "Age-Tech" ใช้เทคโนโลยีในการดูแลและติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ, "Meeting of Minds" เป็นการประชุมและประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน, "Resource Rally" ระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ, "Aging Agenda" ผลักดันนโยบายและมาตรการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น และ "Nourish for Life" ส่งเสริมโภชนาการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและทีมงานจะลงพื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ผู้วิจัยจะทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและบันทึกผลที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ประกอบด้วยสองกิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะติดตามการดำเนินงานของกิจกรรมต่าง ๆ หากผู้รับผิดชอบกิจกรรมประสบปัญหาหรืออุปสรรค ทีมวิจัยจะให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้กิจกรรมดำเนินไปได้ด้วยดี

2. การประเมินผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือที่จัดหาและที่สร้างขึ้นในการประเมินผล เช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) จะมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทั้งหมดได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาที่พบในการดำเนินงาน นอกจากนี้ จะมีการจัดทำรายงานสรุปผลการวิจัยและนำเสนอแนวทางการปรับปรุงรูปแบบการดูแล

ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลและการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละและความถี่ในการวิเคราะห์

1.2 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล: Barthel ADL index) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละและความถี่ในการวิเคราะห์

1.3 การเปรียบเทียบคะแนน ADL (Barthel ADL Index) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วย Paired t- test

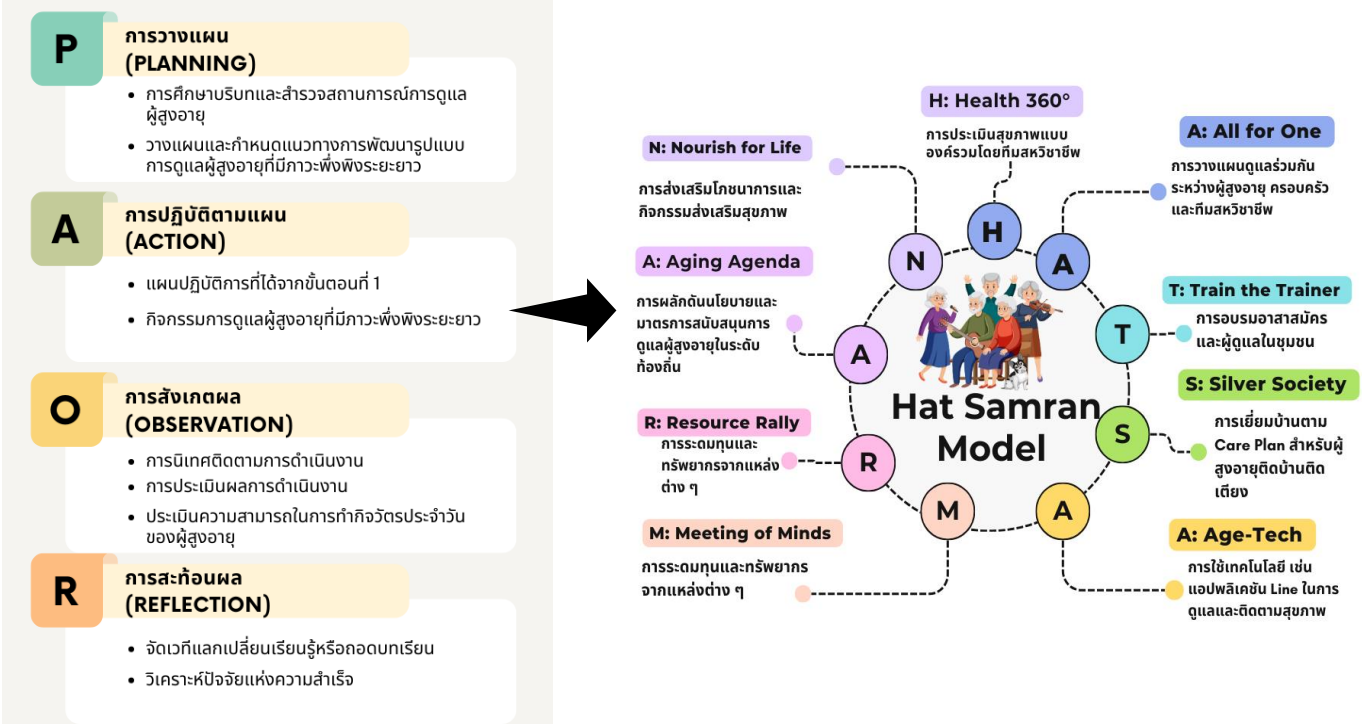
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สร้างข้อสรุปที่สะท้อนภาพของการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2567/213 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

รูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง "Hat Samran Model"



ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหาดสำราญ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	60
หญิง	10	40
อายุ		
70-79 ปี	13	52
80-84 ปี	12	48
ระดับภาวะพึ่งพิง		
กลุ่มติดบ้าน	20	80
กลุ่มติดเตียง	5	20
ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง		
0-5 ปี	22	88
มากกว่า 5 ปี	3	12
โรคประจำตัว (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคไม่ติดต่อ	22	88
- โรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดัน, หลอดเลือดสมอง)	13	52
- โรคอื่นๆ (นิ่ว, พาร์คินสัน, ถุงลมโป่งพอง, น้ำคั่งในโพรงสมอง)	5	20
- โรคมะเร็ง	4	16
ไม่มีโรคประจำตัว	3	12
การใช้กายอุปกรณ์/อุปกรณ์การแพทย์		
ใช้	9	36
ไม่ใช้	16	64
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว		
บุตร	13	52
ภรรยา	7	28
จ้างผู้ดูแล	4	16
ญาติสนิท	1	4
สถานะในครอบครัว		
เป็นหัวหน้าครอบครัว	13	52
ไม่เป็นหัวหน้าครอบครัว	12	48
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
บ้านของตนเอง	23	92
บ้านญาติ	2	8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหาดสำราญ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทบ้าน		
บ้านชั้นเดียว	17	68
บ้านสองชั้นขึ้นไป	8	32
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลัก		
บุตร	17	68
สามี/ภรรยา	6	24
ญาติสนิท	2	8
การประกอบอาชีพใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	100
การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ได้เข้าร่วม	25	100
การทราบข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ		
ไม่เคยทราบ	20	80
เคยทราบ	5	20
การปฏิบัติตามศาสนกิจ		
ปฏิบัติ	14	56
ไม่ปฏิบัติ	11	44

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 52 อายุสูงสุด 84 ปี แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 80 มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 0 – 5 ปี ร้อยละ 88 มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อ 88% โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง) ร้อยละ 52 โรคอื่น ๆ (นิ่วในถุงน้ำดี พาร์คินสัน, ถุงลมโป่งพอง ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง) ร้อยละ 20 โรคมะเร็ง ร้อยละ 16 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 12 มีผู้สูงอายุที่ต้องใช้กายอุปกรณ์ หรืออุปกรณ์การแพทย์อื่น (Walker, รถเข็น, ที่นอนลม) ร้อยละ 36 ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่คนเดียว ร้อยละ 100 ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ บุตร ร้อยละ 52 รองลงมา ภรรยา ร้อยละ 28 จ้างผู้ดูแล ร้อยละ 16 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 52 บ้านที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 92 ลักษณะที่อยู่อาศัยมีความมั่นคง แข็งแรง ปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ ร้อยละ 100 เป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 68 ชั้นห้องนอนชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 68 รองลงมาเป็น สามี/ภรรยา ร้อยละ 24 อาชีพของผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100 และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ ร้อยละ 100 ไม่เคยทราบข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 ได้ปฏิบัติตามศาสนกิจที่นับถือ ร้อยละ 56

ผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวพบว่า ผู้สูงอายุประสบปัญหาสุขภาพหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ข้อติด แผลกดทับ การเดินลำบาก

การกินและกลืนลำบาก ภาวะหลงลืม และภาวะสมองเสื่อม ในการแก้ไขปัญหาได้มีการจัดกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ เช่น การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การดูแลแผลกดทับ การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วย การดูแลสุขอนามัยและป้องกันการสำลัก การส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประชุมทีมสหวิชาชีพ และการขึ้นทะเบียนผู้พิการ กิจกรรมเหล่านี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นในทุกกรณี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2-3 คะแนน ยกเว้นในกรณีภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นเพียง 1 คะแนน การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดความเจ็บปวด ป้องกันการติดเชื้อ เพิ่มความมั่นคงในการเดิน ปรับปรุงการกินและการกลืน และลดการหลงลืม นอกจากนี้ การสนับสนุนจากญาติและการได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากการขึ้นทะเบียนผู้พิการ ยังมีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นในทุกกรณี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2-3 คะแนน ยกเว้นในกรณีภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นเพียง 1 คะแนน การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ลำดับ	ปัญหาสุขภาพและการดูแล	คะแนน ADL ก่อนการดูแล	คะแนน ADL หลังการดูแล	ผลต่างคะแนน	กิจกรรมสร้างเปลี่ยนแปลง
1	ปัญหาข้อติดแข็งและแผลกดทับ	5	8	+3	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, การทำแผลกดทับ, ประชุมทีมสหวิชาชีพ
2	ฝึกการเดินโดยใช้ Walker	6	9	+3	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ฝึกการเดินโดยใช้ Walker
3	ข้อติดแข็ง, กินช้าและกลืนลำบาก	4	7	+3	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ดูแล Hygine care, ป้องกันการสำลัก, ประชุมทีมสหวิชาชีพ
4	ข้อมือติด, หลงลืมทำกิจวัตรประจำวัน	5	7	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5	มีแผลกดทับ	3	6	+3	การทำแผลกดทับ, จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ดูแลหลัก
6	ภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)	4	5	+1	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ขึ้นทะเบียนผู้พิการ
7	ฝึกการเดินโดยใช้ Walker	6	8	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ฝึกการเดินโดยใช้ Walker, เฝ้าระวังการหกล้ม
8	ข้อเข่าและข้อมือติด, หลงลืม	5	7	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหาสุขภาพและการดูแล	คะแนน ADL ก่อนการดูแล	คะแนน ADL หลังการดูแล	ผลต่างคะแนน	กิจกรรมสร้างเปลี่ยนแปลง
9	ญาติช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน	4	6	+2	ญาติช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน
10	ภาวะหลงลืมทำกิจวัตรประจำวัน	3	5	+2	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
11	มีแผลกดทับขนาดใหญ่	2	5	+3	การทำแผลกดทับ, ประชุมทีมสหวิชาชีพ, ดูแล Hygine care, ป้องกันการสำลัก, จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ดูแลหลัก
12	Retain Foley's catheter, แผลกดทับ	3	5	+2	การทำแผลกดทับ, จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ดูแลหลัก, ประชุมทีมสหวิชาชีพ
13	เคลื่อนไหวลำบาก, ปวดเข่า	4	6	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ฝึกการเดินโดยใช้ Walker
14	ปวดหลังและขา, แผลกดทับ	3	5	+2	การทำแผลกดทับ, จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทำแผล, การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
15	มะเร็งปากมดลูกระยะที่ 4	2	4	+2	การประชุมทีมสหวิชาชีพ, ประเมินความต้องการดูแลระยะท้าย
16	ข้อติดแข็ง, ต้องการผู้ดูแลช่วยทำกิจกรรม	5	7	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, การดูแล Hygine care
17	การเดินติดขัด, กล้ามเนื้ออ่อนแรง	4	6	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, การฝึกการเดิน
18	ปวดเข่า, ต้องการอุปกรณ์ช่วยเดิน	5	7	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ฝึกการเดินโดยใช้ Walker
19	ภาวะสมองเสื่อม, หลงลืมทำกิจวัตรประจำวัน	3	5	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
20	โรคหัวใจ, ต้องการการดูแลระยะท้าย	3	4	+1	การดูแล Hygine care, ประชุมทีมสหวิชาชีพ
21	เบาหวาน, ต้องการผู้ช่วยในการดูแล	4	6	+2	การดูแลสุขภาพทั่วไป, ส่งเสริมการออกกำลังกาย

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหาสุขภาพและการดูแล	คะแนน ADL ก่อนการดูแล	คะแนน ADL หลังการดูแล	ผลต่างคะแนน	กิจกรรมสร้างเปลี่ยนแปลง
22	ภาวะซึมเศร้า, ต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ	4	5	+1	การให้คำปรึกษา, การสนับสนุนทางจิตใจ
23	ปวดหลัง, ต้องการการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ	5	6	+1	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, การดูแล Hygine care
24	ข้อเท้าบวม, ต้องการการดูแลเฉพาะ	4	6	+2	การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ, การดูแล Hygine care
25	มีแผลผ่าตัด, ต้องการการทำแผลต่อเนื่อง	3	5	+2	การทำแผล, การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในภาพรวม พบว่าคะแนน ADL ก่อนการดูแลมีค่าเฉลี่ยที่ 3.96 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 ในขณะที่คะแนน ADL หลังการดูแลมีค่าเฉลี่ยที่ 6.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26 โดยคะแนน ADL หลังการดูแลมากกว่าก่อนการดูแล 2.04 คะแนน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = 1.78-2.29, P-value <0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวก่อนและหลังการดูแลตามรูปแบบ "Hat Samran Model"

คะแนน ADL	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.96	1.10				
หลังการใช้รูปแบบ	6.00	1.26	2.04	16.69	1.78-2.29	<0.001

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาคือ "Hat Samran Model" ประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก ได้แก่ Health 360° (การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม), All for One (การวางแผนดูแลร่วมกัน), Train the Trainer (การอบรมผู้ดูแล), Silver Society (การเยี่ยมบ้านตามแผน), Age-Tech (การใช้เทคโนโลยีดูแลผู้สูงอายุ), Meeting of Minds (การประสานความร่วมมือ), Resource Rally (การระดมทรัพยากร), Aging Agenda (การผลักดันนโยบายผู้สูงอายุ) และ Nourish for Life (การส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพ) ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 3.96 เป็น 6.00 ($p < 0.001$) โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.04 คะแนน (95% CI = 1.78-2.29) กิจกรรมต่างๆ ในรูปแบบช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดความเจ็บปวด ป้องกันการติดเชื้อ เพิ่มความมั่นคงในการเดิน ปรับปรุงการกินและการกลืน และลดการหลงลืมของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและการผสมผสานระหว่างการดูแลแบบดั้งเดิมกับเทคโนโลยีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบมีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสรุป "Hat Samran Model" เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผล สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

การอภิปรายผล

"Hat Samran Model" เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับท้องถิ่นและชุมชน รูปแบบนี้ประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลักที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยแต่ละกิจกรรมมีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิจกรรม Health 360° เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของ "Hat Samran Model" โดยเน้นการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งช่วยให้เข้าใจสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน นำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสม Kuzuya[7] ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกิจกรรมนี้

กิจกรรม All for One ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในการวางแผนการดูแล ทำให้แผนสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย Ploeg และคณะ[8] พบว่าการมีส่วนร่วมนี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอีกจุดเด่นหนึ่งของ "Hat Samran Model" ผ่านกิจกรรม Train the Trainer ที่มุ่งเน้นการอบรมอาสาสมัครและผู้ดูแลในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งและยั่งยืน สอดคล้องกันงานวิจัยของภาสกร สวนเรือง และคณะ[9] ในการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการฝึกอบรมอาสาสมัครและผู้ดูแลในชุมชน พัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมการดูแลกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งสองแนวทางส่งเสริมการทำงานเป็นทีมผ่านระบบพี่เลี้ยงและบัดดี้ ใช้แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plans) เพื่อการดูแลที่เฉพาะเจาะจง มีเป้าหมายร่วมกันในการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งและยั่งยืนในชุมชน มุ่งเน้นการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการรองรับสังคมผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรม Silver Society เน้นการดูแลด้วยการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแล (Care Plan) สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุม ยศ วัชระคุปต์และคณะ[10] พบว่า การให้บริการตามแผนการดูแลช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยเป็นการวางแผนที่เหมาะสมกับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง

การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุผ่านกิจกรรม Age-Tech ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามสุขภาพและการสื่อสาร ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาคม โพธิ์สุวรรณและคณะ[11] พบว่า การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลที่ต่อเนื่องและตรงจุด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการผ่านการประชุมทางไกล วิดีโอ และการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล รวมถึงการเตรียมการและการบริหารจัดการที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การพยาบาลทางไกลบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

กิจกรรม Meeting of Minds เน้นการประสานงานและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน ช่วยให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรและความเชี่ยวชาญ ลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดา หันกลาง[12] การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายระหว่างพยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและใช้ศักยภาพของชุมชน ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและระบุปัญหา ตลอดจนนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้บริการ การบูรณาการแนวทางเหล่านี้จะช่วยสร้างระบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

กิจกรรม Resource Rally มุ่งเน้นการระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดา[13] การพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนมีแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย การบริหารจัดการผ่านชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้ทรัพยากรบุคคลในท้องถิ่น โดยเฉพาะแกนนำและผู้สูงอายุจิตอาสา เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

การผลักดันนโยบายและมาตรการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นผ่านกิจกรรม Aging Agenda เป็นส่วนสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาสกร สวนเรือง และคณะ[9] ที่สนับสนุนให้มีนโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรม Nourish for Life เน้นการส่งเสริมโภชนาการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมนึก โตมะสูงเนิน[14] พบว่า การส่งเสริมการบริโภคอาหารในคลินิกผู้สูงอายุมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยช่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับวัยได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ การให้ความรู้และคำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ

"Hat Samran Model" มีจุดเด่นในการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงทั้งมิติสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้มีความยั่งยืนและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ การผสมผสานระหว่างการดูแลแบบดั้งเดิมและการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประสิทธิผลของรูปแบบนี้สะท้อนให้เห็นจากการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของคะแนน ADL (Activities of Daily Living) จาก 3.96 คะแนน เป็น 6.00 คะแนน ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม "Hat Samran Model"

มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังช่วยลดภาระของผู้ดูแลและระบบสาธารณสุขโดยรวม การบูรณาการแนวคิดและวิธีการต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบใน "Hat Samran Model" จึงเป็นตัวอย่างที่ดีของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน สามารถตอบสนองความท้าทายของสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อจำกัดในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่หลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อการดูแลที่แตกต่างกัน อาจทำให้ยากในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ประกอบกับระยะเวลาการศึกษาสั้น ไม่ได้ระบุระยะเวลาการติดตามผลที่ชัดเจน ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลักดันให้มีการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางของ "Hat Samran Model" และส่งเสริมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม "Hat Samran Model"

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่ได้จาก "Hat Samran Model"

2.2 ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการนำ "Hat Samran Model" ไปใช้ในระบบสาธารณสุข

2.3 ศึกษาผลกระทบทางสังคมของ "Hat Samran Model" ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบคุณทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการวิจัย รวมถึงผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัคร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230506145038_72776.pdf

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. 2562. ได้จาก: https://cloud-atg.moph.go.th/promote/sites/default/files/คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ_ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ_0.pdf

3. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง. 2565. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2566 จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

4. Pagaiya N, Noree T, Hongthong P, Gongkulawat K, Padungson P, Setheetham D. From village health volunteers to paid care givers: the optimal mix for a multidisciplinary home health care workforce in rural Thailand. Human Resources for Health. 2021;19:42. Available from: https://doi.org/10.1186/s12960-020-00542-3

5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.

6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสำราญ. รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2567 ตุลาคม-ธันวาคม 2566. ตรัง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสำราญ; 2567.

7. Kuzuya M, et al. Impact of health literacy on frailty among community-dwelling seniors. J Clin Med. 2019;7(12):481.

8. Ploeg J, et al. Effectiveness of caregiver interventions for older adults with frailty: A systematic review. J Am Geriatr Soc. 2017;65(8):1703-1708.

9. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(2):289-300.

10. ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัชนา, สาวินี สุริยันรัตกร. ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. สืบค้นจาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5000/hsri-journal-v12n4-p608-624.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. อาคม โพธิ์สุวรรณ, สุภาพร วรอรุณ, อุมากร ใจยั่งยืน, สุพรรณี เปี้ยวนาลาว. การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังกับการกลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2024;7(1):131-46.

12. สุดา หันกลาง. การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในชุมชนเพื่อความยั่งยืนของสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2019;1(1):1-17. Available from: https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/1240

13. กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, วรากร เกรียงไกรศักดา. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2020;22(1):81-97.

14. สมนึก โตมะสูงเนิน. ประสิทธิผลของการส่งเสริมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2011;26(2):309-17.