

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย” (NEST) จังหวัดอุบลราชธานี

ลักขณา ชอบเสียง *	พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)
นภัทร บุญเทียม **	ปร.ด. (การบริหารการศึกษา)
จลลลักษณ์ ทวีแก้ว ***	พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)
เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ ****	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
ทัศนัย พลไชย *****	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 16 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 3 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 5 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 3 อำเภอเป้าหมาย จังหวัดอุบลราชธานี 74 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน ดำเนินการ เดือนมกราคม 2566 ถึง สิงหาคม 2567 เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย” (NEST) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมกรดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาและความน่าเชื่อถือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คะแนนพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($M=4.31$, $SD=.38$, $Max=4.90$, $Min=3.50$) ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชน และประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการการดูแลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** Corresponding author: อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: napat@bcnsp.ac.th

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The Effects of Utilizing the Caregiving Model for The Elderly, Where Elderly Individuals Serve as Caregivers, Through The Participation of The Community and Network Partners “NEST” (Network for Elder Support) in Ubon Ratchathani Province.

Lakhana Chopsiang*	M.N.S (Family Nursing)
Napat Boontiam **	Ph.D (Education Administration)
Chonglak Taveekaew ***	M.N.S (Nursing Science)
Ruangrit Thoraphan****	M.N.S (Pediatric Nursing)
Tattapon Palachai *****	M.N.S (Community Nursing Practitioner)

(Received: October 16, 2024, Revised: November 3, 2024, Accepted: December 5, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to assess the impact of a caregiving model for elderly caregivers, supported by community and network partners. Conducted from January 2023 to August 2024 across three districts in Ubon Ratchathani Province, the study included 74 participants (37 in the experimental group and 37 in the control group). The intervention, the "NEST" model (Network for Elder Support), was designed to improve caregiving knowledge and practices among elderly caregivers. Data collection included assessments of caregiver knowledge, caregiving behavior, and satisfaction with the model, and the tools were validated for content and reliability using Cronbach's alpha coefficient. Descriptive statistics and independent t-tests were applied for data analysis.

The results indicated significant improvements in knowledge and caregiving behavior scores in the experimental group ($p < .05$), with elderly caregivers reporting high satisfaction with the model ($M = 4.31$, $SD = .38$, range: 3.50–4.90). These findings suggested that the NEST model was an effective framework for community-based elderly care and could be adapted for chronic illness and long-term care contexts.

Keywords: The elderly who have caregivers as the elderly, The participation of the community and network, Network for Elder Support

* Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author: Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute E-mail: napat@bcnsp.ac.th

*** Lecturer, Department of Maternal and Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**** Lecturer, Department of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***** Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โลกมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) โดยในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 18.97 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปีพ.ศ.2574¹ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.9 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.3¹ การพักอาศัยของผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 43 อยู่กับญาติ ร้อยละ 29 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 16 อยู่คนเดียว ร้อยละ 11 และอยู่กับผู้ดูแลร้อยละ 1 โดยที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีปัญหาในการดูแลตัวเองเพิ่มมากขึ้น ขาดบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวต่างคนต่างอยู่ มีสภาพเป็นสังคมเมืองมากขึ้น แตกต่างจากเดิมที่สภาพครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีญาติพี่น้องคอยดูแลซึ่งกันและกัน ชุมชนสังคม มีความเอื้ออาทร² จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ต้องดูแลตนเองโดยลำพังและอาศัยอยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในตนเอง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงทางสังคมยาวนาน³ และพบว่าปัญหาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง ส่วนใหญ่จะมีปัญหาความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดยร้อยละ 75 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การดูแลในระยะยาว (Long Term Care) จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ และพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้น

ศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว⁴

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เห็นได้ว่ามีผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ⁵ โดยที่แนวโน้มของปัญหาสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ภาระการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น⁶ จึงมีความต้องการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นวาระแห่งชาติในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุตลอดระยะเวลา 20 ปี⁷ ซึ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ ให้เกิดรูปธรรม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ครอบครัว ชุมชนและสังคมหรือหน่วยงานรัฐ²

จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 252,280 คน ในปีพ.ศ. 2564⁸ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) จำนวน 13,776 คน คิดเป็นร้อยละ 5.46 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด โดยสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มติดสังคม (ADL มากกว่า 12 คะแนน) ร้อยละ 91.91 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) ร้อยละ 7.46 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ร้อยละ 0.63⁸ และพบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้สูงอายุมีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย ขาดการ

ดูแลแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจน และพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการของโรงพยาบาล ในชุมชน การจัดบริการหรือสวัสดิการสังคม อุปกรณ์ทางการแพทย์ การบริการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวัน^๑ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับปัญหาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เชื่อมโยงกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นให้การดูแลผู้สูงอายุมีความเป็นรูปธรรมและสามารถเกิดขึ้นได้จริง สอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบันของประเทศ คณะผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน และภาคีเครือข่าย และเพื่อให้เกิดประโยชน์และมีความยั่งยืนยิ่งขึ้น

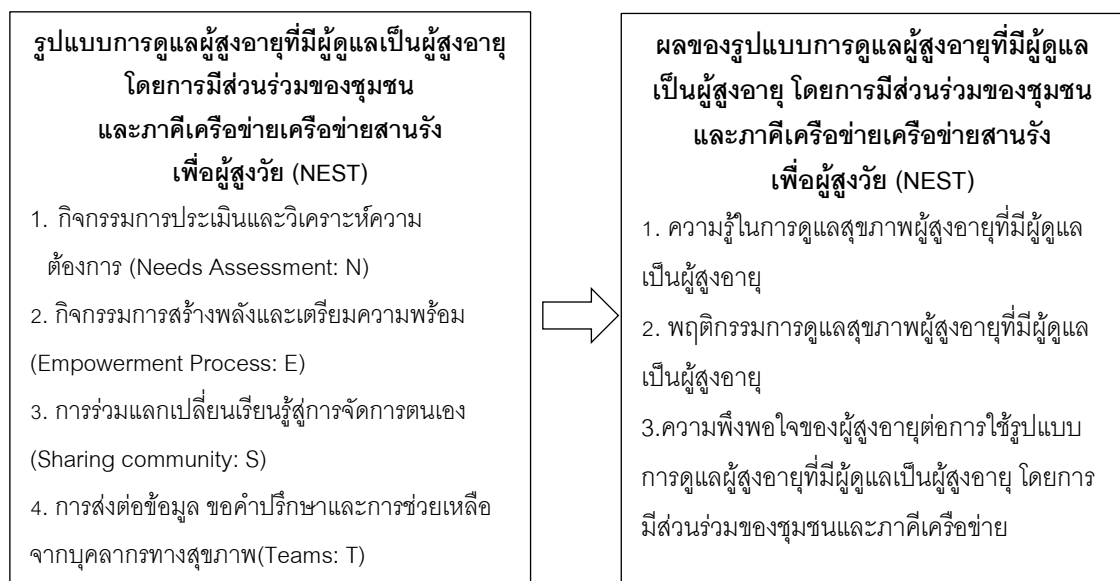
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่

พัฒนาภายใต้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ได้แก่ พลังสำรองของร่างกายลดลง (Reduced body reserve) อาการไม่ตรงไปตรงมา มีการเปลี่ยนรูปแบบของอาการแสดงของโรค (Atypical presentation) หลากโรคหลายปัญหา (Multiple pathology) ใ้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) มีการพึ่งพาสังคม (Social adversity) รวมเรียกว่า ลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต่างจากรายอื่น ๆ (RAMPS) และปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Giant Geriatric Problems หรือ 6Is) ซึ่ง 6Is ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงสติปัญญาและการรับรู้ (Intellectual Impairment) การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (Incontinence) ภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (Immobility) ภาวะไม่มั่นคงในการทรงตัว (Instability) ผลข้างเคียงจากการดูแล (Iatrogenesis) และปัญหาโภชนาการ (Inunition) โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” และศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยมีกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรคือผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 อำเภอเป้าหมาย ในจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*power 3.1.9.7 จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของปราณี ชัยวุฒิ และสุพิศ¹⁰ ได้คำนวณหาอิทธิพล เท่ากับ 0.86 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และค่า power of test เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ค่า ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ ใช้โทรศัพท์สื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ จนครบระยะเวลา

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามตามลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ (RAMPS) และปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (6Is) ที่ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 1) Needs assessment : N กิจกรรมการประเมินและวิเคราะห์ความต้องการ และการให้ความรู้และความเชื่อ 2)

Empowerment: E กิจกรรมการสร้างพลังและเตรียมความพร้อม 3) Sharing community : S การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเอง 4) Teams : T การส่งต่อข้อมูล ขอคำปรึกษาและการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ 2) แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ 20 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเองที่บ้าน เป็นข้อคำถามแบบตัวเลือกถูกและผิด โดยตอบถูกให้ค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับผลการประเมินความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ระดับมาก คือ คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือ คะแนน ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ระดับน้อย คือ คะแนน น้อยกว่า 10 คะแนน 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ โดยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 2 ข้อ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความ ด้านบวก 4 ข้อ ข้อความด้านลบ 2 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 1 ข้อ โดยมีการให้ค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-3 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนตั้งแต่ 46 คะแนนขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก คะแนนตั้งแต่ 29 คะแนน ถึง 45 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี คะแนนน้อยกว่า 29 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับน้อย 4)

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบไปด้วยข้อคำถามประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบของแผนการจัดกิจกรรมในโครงการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹¹ รายละเอียด ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานพลังเพื่อผู้สูงอายุ (NEST)” ประเมินสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบ โดยมีค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือและมีการปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 3 คน นำรูปแบบไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม หลังจากนั้นมีการนำมาปรับปรุงทั้งเนื้อหา และวิธีการในการจัดกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความตรงตามเนื้อหา (Content of valid: CVI) 3 คน ได้ค่า CVI รายข้อ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ และทั้งฉบับเท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่น KR 21 ของ

แบบวัดความรู้ได้เท่ากับ 0.75 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ โดยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความตรงตามเนื้อหา (Content of valid: CVI) จำนวน 3 คน ได้ค่า CVI รายข้อและทั้งฉบับเท่ากับ 1 นำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติโดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 27/2565 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2565 ดำเนินการแจ้งอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาสาสมัครได้รับข้อมูลที่จริง อธิบายขั้นตอนให้ทราบ แจ้งสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมงานวิจัยและให้ผู้สมัครใจลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ แต่สามารถขอยกเลิกการทำวิจัยได้ ถึงแม้ยังไม่สิ้นสุดการวิจัย ซึ่งจะไม่ได้รับผลเสียใดๆ และเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลเป็นความลับส่วนบุคคล ข้อมูลเก็บไว้ในฐานข้อมูลผู้สมัครเข้าร่วมโครงการเป็นเอกสารและบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย นักสถิติและที่ปรึกษางานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาต เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ เมื่อได้รับอนุญาต ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วม การถอนตัวออกจากโครงการสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้อง

ชี้แจงเหตุผล และผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่เสียสิทธิใดๆ ในการได้รับการดูแล รวมทั้งแจ้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และประโยชน์จากงานวิจัย

2. ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการลงนามก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุก่อนเริ่มการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

3. กลุ่มทดลองเข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลตามแผนการจัดกิจกรรม จนครบ 4 ขั้นตอน โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน

4. หลังจากครบระยะเวลาในการดำเนินโครงการครบ 6 เดือน ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดความรู้ในการดูแล

ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบก่อนหลังในกลุ่มเดียวกันโดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากัน คือ 37 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($M=10.72$, $SD=1.90$ และ $M=11.21$, $SD=1.73$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และเมื่อหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล เป็นผู้สูงอายุ	ก่อนการใช้ รูปแบบฯ		หลังการใช้ รูปแบบฯ		MD	SD	df	t	p-value
	M	SD	M	SD					
-กลุ่มทดลอง	10.72	1.90	16.13	1.73	5.41	2.36	72	7.87	.000*
-กลุ่มควบคุม	11.21	1.73	12.21	1.58	1.49	1.89			

* p < .05

3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า คะแนนก่อนการใช้รูปแบบฯ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (M=40.16, SD=1.91 และ M=41.00, SD=1.72 ตามลำดับ) หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (M=48.05, SD=4.05) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M=42.46, SD= 2.33) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมหลังการใช้รูปแบบฯ เฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

พฤติกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มี ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ	ก่อนการใช้ รูปแบบฯ		หลังการใช้ รูปแบบฯ		MD	SD	df	t	p-value
	M	SD	M	SD					
-กลุ่มทดลอง	40.16	1.91	48.05	4.05	7.89	4.29	72	7.83	.000*
-กลุ่มควบคุม	41.00	1.72	42.46	2.33	1.46	2.56			

* $p<.05$

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมีระดับพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” ในระดับมาก

โดยด้านที่พอใจมากที่สุด คือ ด้านการขอรับคำปรึกษาจากเครือข่าย รองลงมา คือ ด้านการได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีจากผู้อื่น ส่วนด้านที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความสะดวกในการใช้รูปแบบฯ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย (NEST)”

ข้อที่	หัวข้อประเมิน	M	SD	การแปลผล
1	ท่านได้รับความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ เป็นอย่างดี	4.21	.58	มาก
2	ท่านได้รับการประเมินความต้องการก่อนเข้าร่วมโครงการฯอย่างเหมาะสม	4.24	.59	มาก
3	ท่านได้รับการเสริมสร้างพลังและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุใน ความดูแลของท่านอย่างเพียงพอ	4.35	.58	มาก
4	ท่านได้รับความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากการเข้าร่วมโครงการฯ	4.24	.59	มาก
5	ท่านได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ	4.43	.55	มาก
6	ท่านมีเครือข่ายที่สามารถขอรับคำปรึกษาได้จากการเข้าร่วมโครงการนี้	4.45	.56	มาก
7	เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือท่านได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที และสม่ำเสมอ	4.29	.57	มาก
8	ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ความดูแลของท่านได้	4.29	.57	มาก
9	ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเหมาะสม	4.27	.56	มาก
10	สิ่งที่ท่านได้รับจากโครงการ/กิจกรรมครั้งนี้ตรงตามความคาดหวังของท่าน	4.32	.62	มาก
รวม		4.31	.38	มาก

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เป็นรูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เน้นไปที่การสร้างเสริมความสามารถของการจัดการตนเองของบุคคล ชุมชน ได้รูปแบบการดูแล คือ เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย “NEST” ประกอบด้วย กระบวนการประเมินความต้องการจำเป็นตามลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแล และการให้ความรู้อย่างถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน โดยผลจากการประเมินความรู้ใน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ¹¹ ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ในงานวิจัยนี้แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ดูแล แต่เป็นผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับนอกจากนำไปใช้ในบทบาทการเป็นผู้ดูแลแล้ว ยังสามารถนำไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองด้วย นอกจากนี้กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งที่อยู่ในกระบวนการ คือ การฟื้นฟูอบรมให้ความรู้ ซึ่งในงานวิจัยนี้เน้นไปที่ให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมทุกด้าน (RAMPS)

และปัญหาที่พบบ่อย (6Is) สอดคล้องกับความต้องการ ด้านดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกระบวนการของ รูปแบบที่มีการมุ่งเน้นไปที่การช่วยให้ผู้สูงอายุและ ครอบครัวตระหนักรู้ถึงอันตรายของการมีพฤติกรรม ที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเสริมพลังให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ดี ผิดทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล เช่นเดียวกับแผนการดูแลในรูปแบบการดูแลสุขภาพ ของฉวีวรรณ¹² ที่ใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและ ชุมชนในการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัยของทิพยามาและ เจทสริยา¹³ ที่พบว่าหลัง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อน การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาของตนเอง สอดคล้องกับจรรยา¹⁴ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัจจัยที่กำหนด สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบหนึ่ง ปัจจัยที่สำคัญคือ เครือข่ายทางสังคมและชุมชน ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการ มีตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองจนทำให้มี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็น ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ที่เป็นผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีผู้ดูแล เป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี เครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ฯ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมี ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมภาพรวมในระดับมาก

โดยด้านที่มากที่สุด คือ การขอรับคำปรึกษาจาก เครือข่าย ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมได้มี การใช้การปรึกษาจากเครือข่ายที่เป็นส่วนหนึ่งของ รูปแบบ คือ การมีทีมให้คำปรึกษาและให้การ ช่วยเหลือผ่านหลากหลายช่องทางที่ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงได้ มีการกำกับและติดตามประเมินผลอย่าง สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องมี คณะกรรมการกำกับติดตามการดำเนินงานและติดต่อ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อขอรับการสนับสนุน ในการดูแลสุขภาพของชุมชน เช่นเดียวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง¹⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับดีมากที่มีรูปแบบ ของการมีทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมี ความพึงพอใจต่อการได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ ที่ดีจากผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ซึ่งในกิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์ การดูแลสุขภาพจากผู้ที่มีประสบการณ์หรือปัญหา ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในสถานการณ์ ร่วมกันได้มากขึ้น เป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้ที่มี โอกาสถ่ายทอดประสบการณ์เป็นการส่งเสริม ความสามารถของผู้สูงอายุในการทำตัวให้เกิด ประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมเพื่อสร้าง ความภูมิใจในการได้รับการยอมรับทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ รูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อ ผู้สูงวัย” (NEST) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพที่มี ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพและที่เกี่ยวข้องใน ชุมชน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ ที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ตามลักษณะ ความต้องการ ของผู้สูงอายุในพื้นที่แตกต่างกันไป เสริมสร้างพลัง

อำนาจให้กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันให้เกิดคุณค่าในตนเองผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการมีทีมสนับสนุนผ่านช่องทางที่หลากหลายในการขอคำปรึกษา ช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถนำการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชุมชนและเครือข่ายที่ขยายกว้างขึ้น และมีการประเมินประสิทธิภาพด้าน

การพัฒนาหรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางคลินิกในระยะยาว นำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพกลุ่มอื่น และควรวัดผลลัพธ์การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยด้วย ศึกษาความเป็นไปได้ในกลุ่มอื่นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว ควรมีการขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทุกกลุ่ม

References

1. Institute for Population and Social Research. Situation of The Thai Persons 2021. Nakhon Pathom : Mahidol University; 2022.
2. Wilai Tapasee, Prapaiwan Danpradit, & Seenuan Rattanawijit. Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. Kuakarun Journal of Nursing KJN [serial online] 2017 Aug. [cited 2023 Aug 11; 24(1) : 42-54. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/95192>. Thai.
3. Khannistha Mahem, Piyanuch Phinyo, Ratchanee Potchana, Pasinee Thoin & Phatanee Srioad. The Experiences of Elderly Living Alone and Differences between Women and Men : Meta-Ethnography. Journal of Nursing and Health Care [serial online] 2020 Jun 10. [cited 2023 Jan 18]; 38(2) : 138-147. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/238977>. Thai.
4. Siranee Sihapark, Narong Kam-on, Phatanee Srioad, Ploylada Srihanoo, Wacharee Amornrojanavaravutti & Thippawan Tupsai. Problems and Needs of Long-Term Care for Elderly Community Dwellers Supported by Long Term Care Fund in Khon Kaen Province. Regional Health Promotion Center 9. [serial online] 2021 Jan 15. [cited 2024 Feb 18]; 15(36) : 44-62. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/245987/169475>. Thai.
5. Chaipat Pudchaun & Kantapat Pornsiriwacharasin. Solutions to the problem of an aging society in Thailand. Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal. 2018. 1(1) : 25-36. Thai.
6. Napaporn Hawanon, & Teerawan Wattanothai. A new agenda for developing housing for elderly in Thai society. Bangkok : Faculty of Architecture Community, Rajamangala University of Technology Thanyaburi Foundation of Thai. 2009. Thai.
7. Department of Older Persons. Department of Older Persons Affairs 20-Year Strategy, 2018 – 2037. [Internet]. 2018 Sep 9 [cited 2023 Jan 21] ; Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138_0.pdf.

8. Department of Health. DOH dashboard . [Internet]. 2021 Oct 4 [cited 2023 Feb 18] ; Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/longtermcare?year=2021>.
9. Lavong A, Bootdeewong C, Siwina S, Keawpila J, & Yeesarapat B. Elderly with Dependency Care Model in Local Community of Roi-Et Province. Journal of Modern Learning Development. 2021. 6(2) : 268-277.
10. Supranee Boonmee, Chaiwut Bourneow & Supittras Selavattanakul. Development of an Elderly Care Model with Partipation of community networkinBan Nonphuey TambolHealth Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province. Academic Journal of Community Public Health. 2019. 5(4) : 38-49. Thai.
11. Best, John W. Research in Education (3rd ed). Prentice-Hall Inc: New Jersey.1977; 204-208
12. Upmana C. The Development of the Health Care Model of District the Elderly Senior School Nongbua District Municipality Muang District, Udonthani Province. The 3rd National Conference; 2018 May 25; Udonthani: 2018; 564-576.
13. Daharn T & Duangrach J. Development of a Health Care Model for Elderly by Community Participation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2018. 2(3) : 42-54.
14. Janya Janesawatpong. Effectiveness of The Care Model for Dependent Elderly at Banpong Municipality, Banpong District, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2021. 1(3) : 49-58. Thai.