

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Health Care Model for Home Bound Elder by Community Participation in Ubon Ratchathani, Thailand

นิธินันท์ มิลินจรรณพงษ์*¹ มยุนา ศรีสุภานันต์**² สุรีย์ จันทรมโริ**² ประภาเพ็ญ สุวรรณ**²

Nithinn Milincharoonpong*¹ Mayuna Srisuphanun**² Suree Chanthamolee**² Prapapen Suwan**²

¹ประธานกรรมการบริษัท เอ็นซีซี เฮลท์แคร์ จำกัด อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12150

¹Chairman of the Board NCC Health Care Co., Ltd., Lam lukka, Pathum Thani, Thailand, 12150

²มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ลำลูกกา ปทุมธานี ประเทศไทย 12150

²Western University, Lum Lukka, Pathum Thani, Thailand, 12150

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยสุ่มแบ่งชั้นแบบขั้นภูมิได้กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเขมราฐคือชุมชนหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพ 40 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 100 คน ศึกษาเดือนกุมภาพันธ์ 2560-มีนาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้รับอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที(Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาผ่านกระบวนการพัฒนา 2 วงรอบ ได้รูปแบบประกอบด้วย 1) ดึงชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 2) ทีมงานด้านสาธารณสุขสนับสนุนความรู้ ทักษะการดูแล 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาการอำเภอร่วมดูแลในชุมชนเชิงรุก 4) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5) ตั้งศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 6) ทำช่องทางการติดต่อประสานงาน 7) กิจกรรมชุมชนช่วยชุมชนโดยชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกวัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน หลังนำรูปแบบไปใช้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.5) เมื่อเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .021 ($t = 2.23$, P-value < .05) ชุมชนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบหลังการพัฒนายู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 37.88$, S.D. = 6.66) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X} = 96.10$, S.D. = 12.39) ก่อนพัฒนายู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 68.74$, S.D. = 8.22) ส่วนข้อเสนอแนะคือควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังร่วมด้วย

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชน

Corresponding Author : *E-mail : nithinan_da@hotmail.com, นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

** Ph.D รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, อาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรคุณวุฒิบัณฑิต

Abstract

This research is a participatory action research (PAR) that applies community-based Approach. The purpose is to study and develop the health care model for the home bound elder by community participation in Ubon Ratchathani the sample group in Khemarat district was 40 community members or health network members and the home bound elder were 100 people, studied in February,2017–March,2018. The tools used were questionnaire, general information questionnaire for in-depth interview participatory assessment form the satisfaction rating and the quality of life assessment The research was approved by the ethics committee from Western University. Descriptive and inferential statistics for comparison of average scores before and after using Paired t-test and qualitative content analysis.

The study was 2 spiral of development the health care model for the home bound elder by community participation comprised 1. There were community organizations established the elderly community 2. Public health team supports the knowledge and skills 3. Local government and district development will support welfare and care management 4. The discussion forum on elder care 5. Set up a multi-purpose center for the elderly in the community 6. Coordinate and cooperate network 7. Organize activities in the form of “community help community by community” by developing the potential of people of all ages in the community to care for the elderly. After the development of the model Average score Participation in development was higher than before development ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.5). The results of the comparison between the mean scores of participatory development in the pre-development and post-development models were different. At the .05 level ($t = 2.23$, P-value <.05), the satisfaction of the community toward the model was found to be satisfactory at the high level. Satisfaction was increased ($\bar{X} = 37.88$, S.D. = 6.66). The quality of life was at a moderate level ($\bar{X} = 68.74$, S.D. = 8.22). The suggestion should be to provide an environment conducive to health care, promote health promotion, prevent disease and prevent complications from chronic diseases.

Keyword : Health Care Model for Elder, Home Bound Elder, Community Participation

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขพัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างของประชากรซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งโลกและประเทศไทย¹ ในปี พ.ศ.2573 คาดว่าไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 หรือประมาณ 17.8 ล้านคนของประชากร และสถิติในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขมีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านร้อยละ 12 ติดเตียงร้อยละ 9 รัฐบาลจึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม^{1, 2} การดูแลสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจะเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถสร้าง

เสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีและที่สำคัญคือการมุ่งลดความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งมีเป้าหมายคือการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล³

จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2559 มีประชากร 1.8 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 226,848 คน คิดเป็นร้อยละ 12.45 ผลประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุพบว่าติดสังคมร้อยละ 92.24, ติดบ้านร้อยละ 6.89, ติดเตียงร้อยละ 2.08 ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านพบว่าออกจากบ้านน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้งช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การทานอาหาร กลุ่มติดบ้านนี้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม

ซึ่งมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน การดำเนินผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานีรูปแบบเดิมเน้นดูแลผู้สูงอายุติดสังคมและติดเตียง ปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านคือการจัดการสุขภาพในชุมชนและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านไม่มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังเป็นรูปแบบกว้างๆ ไม่จำเพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน^{2,4} รูปแบบมีการดำเนินงานเน้นกิจกรรมการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพแก่แกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ยังไม่ครอบคลุม ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายรวมทั้งการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคตามรูปแบบเดิมจะเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุกซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุและชุมชนชนบทเนื่องจากการเดินทางลำบากและสภาพร่างกายที่มีการเสื่อมลงทำให้มีข้อจำกัดด้านเคลื่อนไหว⁴ จากบริบทของชุมชนชนบทของจังหวัดอุบลราชธานีและสภาพปัญหาการที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านที่ยั่งยืนนั้นประชาชนและชุมชนต้องพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆเปิดโอกาสให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด^{5,6} เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลที่ดีเหมาะสมกับบริบทและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จะทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามบริบทความต้องการของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยอาศัยกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ที่จะให้เกิดกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอันเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหา สถานการณ์ ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษากระบวนการของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)⁷ ได้ประยุกต์ใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Fisher ,Bennett-Levy & Irwin⁸ ซึ่งเน้นหลักการมีส่วนร่วมเป็นยุทธวิธีที่สำคัญทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องพร้อมใช้ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำคัญคือร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำหรือร่วมดำเนินการและร่วมติดตามประเมินผลอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง รวมทั้งนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน^{9,10} มาใช้เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อกระตุ้น สร้างเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมจนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของทำเพื่อชุมชนและทำโดยชุมชนบนฐาน

ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี 2) ผลต่อภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานตามวงจรของ Fisher ,Bennett-Levy & Irwin ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2560

1. การศึกษาสภาพทั่วไปของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและ

สถานการณ์ สภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีก่อนการวิจัย

2. ติดต่อประสานงานและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

3. สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัย แจ้งกำหนดการและวิธีการดำเนินการศึกษา

4. ร่วมกันศึกษาวิเคราะห์ชุมชนเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติโดยวิธีการจะใช้การอภิปรายถกปัญหา (Dialogue) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชาวชุมชน ทั้งการสนทนาแลกเปลี่ยนระดับบุคคลและระดับกลุ่มบุคคลเพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน (Need Assessment) พร้อมไปกับการประเมินความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากร (Resource Assessment) ที่มีอยู่ในชุมชน

5. กำหนดแผนการดำเนินงานโดยการจัดทำโครงการและการกำหนดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กำหนดการแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงาน (Structure) และกำหนดการสร้างองค์กรประชาชน (Local People's Organization)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

1. ดำเนินการวิจัยและการกำหนดกิจกรรมการดำเนินการวิจัย โดยประชุมระดมสมองได้ข้อสรุปว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานที่ชัดเจน (Structure) และกำหนดการสร้างองค์กรประชาชน (Local People's Organization) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนวางแผน ดำเนินการและประเมินผลสืบเนื่องต่อมาจากกระบวนการวางแผน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแผนที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมเน้นกิจกรรมการลงดูแลผู้สูงอายุโดยทีมงานของชุมชนและแกนนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3. ร่วมกันวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ปัญหาชุมชน นำสู่การสร้างรูปแบบการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วสะท้อนให้ชุมชนที่ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันแสดงความคิดเห็น

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีกิจกรรมคือการสร้างเครือข่ายในการติดต่อสื่อสาร (Social Network) และอบรมให้ความรู้เรื่องหลักการและแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแก่ผู้เข้าร่วมทั้งหมด การฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจากสถานการณ์จริง การระดมสมอง ในการหาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ให้เกิดประสิทธิภาพผ่านกระบวนการ การมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะ ประสิทธิภาพ และการเรียนรู้จากการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

5. ดำเนินการสร้างคู่มือและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

6. นำรูปแบบไปใช้แล้วศึกษาผลการพัฒนา 24 สัปดาห์ ระหว่าง เดือน กันยายน พ.ศ. 2560 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผล (Monitoring) โดยกำหนดการติดตามการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ กันยายน พ.ศ. 2560 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันติดตามผลการดำเนินการปฏิบัติตามแผนและรูปแบบโดยการนำรูปแบบที่ได้จากการทำกลุ่ม จากการอบรมและสื่อต่างๆ ไปพัฒนาและใช้เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ขั้นตอน 4 การประเมินผลและสะท้อนผล (Evaluation and Reflection) ทุก 3 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 และนำมาวิเคราะห์สรุปผลเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

1. ร่วมกันสรุปสภาพปัญหาและแนวทางการที่เป็นองค์ประกอบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยจัดกิจกรรมกลุ่มระดมสมอง ถอดบทเรียนปัญหา แนวทางแก้ไขพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จแล้วนำมาพัฒนาปรับปรุง แก้ไข และสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้สอดคล้องกับบริบท สถานการณ์และสภาพปัญหา

2. ประเมินสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย

3. การประเมินผลความพึงพอใจและผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE - THAI)¹¹ เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

5. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพจิตเวทีเรื่อง “แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน”

6. ร่วมกันสะท้อนผลโดยการสนทนากับผู้สูงอายุในชุมชน การจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน การวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มชุมชนหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้นำชุมชนและชุมชน รวม 200 คน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งหมดทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี รวม 2,200 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เรียกกลุ่มตัวอย่างว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยใช้การสุ่มแบ่งชั้นแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแยกออกเป็นกลุ่มประชากรย่อยๆ หรือแบ่งเป็นชั้นภูมิก่อน โดยในแต่ละชั้นภูมิจะมีลักษณะเหมือนกัน (homogeneous) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ชุมชนหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพ : จากคำนวณสูตรเคซีเมอร์แกน¹² 38 คน แต่ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ลดความคลาดเคลื่อน/สูญหายของข้อมูลโดยจังหวัดอุบลฯ มี 25 อำเภอ แบ่งการปกครอง 4 โชน ตามเขตปกครองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลฯแล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากเลือกได้โซนที่ 2 โดยพื้นที่อำเภอเขมราฐ ร่วมกับมีเกณฑ์การคัดเข้าคือตำบลที่ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมีกลุ่มชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านเพียงพอต่อการวิจัยเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากร กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านร่วมกับมีเกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ติดบ้าน โดยคำนวณสูตรเคซีเมอร์แกน จำนวน 97 คน แต่ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนหรือการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 3 ด้าน รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ดังนี้ ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน 10 ข้อ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน 10 ข้อ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมประเมินผลงาน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการทั้งโครงสร้างทั้งแบบกลุ่มและแบบบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ผู้ดูแลภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบคลุมคำถาม 3 ข้อ เกี่ยวกับ โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการดูแลรักษา ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถามรวมจำนวน 26 ข้อ

3. แบบบันทึกข้อมูลการประชุมกลุ่มจากการระดมสมองตามคู่มือการระดมสมอง แนวคำถามในการระดมสมอง มีประเด็นคำถามที่ 1 ปัญหา อุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างไร, ประเด็นที่ 2 ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของชุมชนท่านอย่างไร, ประเด็นที่ 3 ท่านคิดเห็นว่าการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างไรและมีองค์ประกอบอะไรบ้างในการแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของชุมชนท่าน, ประเด็นที่ 4 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนท่านควรเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีบันทึกเสียงบันทึกขณะการทำระดมสมอง และสรุปผลที่ได้จากการระดมสมองลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. แบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในระยะแรกของการทำวิจัย โดยการสำรวจพื้นที่ในหมู่บ้านได้แก่ สภาพแวดล้อมของหมู่บ้าน วิถีชีวิตแผนที่หมู่บ้าน การคมนาคม จำนวนประชากรและข้อมูลทางด้านสุขภาพ และแบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่การร่วมแสดงความคิดเห็น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ในโครงการต่อการมีส่วนร่วมและต่อรูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกตระหนักและเห็นความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลและสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทำให้เกิดความพึงพอใจของการเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน¹² ซึ่งใช้แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนนข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.82-1.00 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alphas coefficient) เท่ากับ 0.85, 0.82, 0.87 และ 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยรวมทั้งเครื่องมือและร่างรูปแบบการวิจัยเพื่อรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2560-0064 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2560 และดำเนินการวิจัยตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วสรุปการค้นพบตามประเด็นที่ศึกษาจากการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการวิจัย โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจัดกลุ่มระดมสมอง เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูลและวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร่วมกับทดสอบค่าที (Paired t-test) เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายผลการวัดความพึงพอใจ ได้แก่ ค่าอัตราส่วนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังวิจัย โดยใช้สถิติ Paired t-test

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลังดำเนินการวิจัยด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี : ปัญหาที่พบตามบริบทคือขาดการมีส่วนร่วมและบูรณาการร่วมกันของชุมชนภาคีเครือข่ายรวมทั้งผู้ดูแลในชุมชนที่เป็นบุคคลในครอบครัวหรืออาสาสมัคร ต่างฝ่าย/องค์กร หรือชุมชนต่างจัดกิจกรรมการจัดกิจกรรมที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดบ้านแต่จัดกิจกรรมโครงการขึ้นตามงบประมาณที่จัดสรรไว้ เช่นการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการบรรยายในห้องประชุมแบบห้องเรียน ไม่มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการฝึกทักษะการดูแลทำให้ไม่เข้าใจและไม่จำหลักการดูแล รวมทั้งบางอย่างเป็นกิจกรรมผู้ดูแลไม่สามารถทำได้เพราะขาดอุปกรณ์ เช่นการวัดความดันเพื่อเฝ้าระวังโรค ผู้ดูแลเองไม่มีเครื่องมือวัดและบางคนมีเครื่องมือแต่ใช้ไม่เป็นหรือแปลค่าไม่ได้ ญาติขาดความรู้และทักษะการดูแลเบื้องต้น เช่น การพุงหรือการเคลื่อนย้าย นโยบายองค์กรของรัฐเช่นเทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนที่จะขับเคลื่อนมีลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวนานๆ ครั้ง ส่วนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้นำชุมชน องค์กรรัฐและชุมชนมีบริการเยี่ยมบ้านบ้างนานๆ ครั้ง และต่างฝ่ายต่างเยี่ยมไม่พร้อมกัน รวมทั้งยังไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน การร่วมกิจกรรม หรือร่วมการประเมินผลติดตามผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน รวมทั้งยังขาดข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ขาดการบูรณาการร่วมกันขององค์กรและชุมชนในการมีส่วนร่วมกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดบ้าน^{13,14} กลุ่มตัวอย่างในชุมชนต้องการพัฒนาชุมชนของตนเองโดยใช้พลังของกลุ่มคน ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เป็นประโยชน์มากที่สุด และต้องบูรณาการมีส่วนร่วมกันของท้องถิ่นและประชาชน และภาครัฐอื่นๆ เช่นโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พัฒนาอำเภอ/จังหวัดโดยร่วมกันชุมชนต้องการสร้างองค์กรประชาชนโดยการรวบรวมกลุ่มประชาชนในชุมชนเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการจัดตั้งกลุ่มประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมพลัง

ความคิดเห็น วางแผนร่วมกัน ตัดสินใจและร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติตามมติของกลุ่มผู้นำในการดูแลผู้สูงอายุอยากให้มีเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลที่อยู่ในชุมชน มีการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาค้นพบและพัฒนาศักยภาพ การจะเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม ต้องการฝึกอบรมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะด้าน การเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในบทบาทผู้ดูแลและช่วยให้มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ช่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้ ชุมชนมีความต้องการสนับสนุนจากบุคคลากรภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการติดตามดูแลผู้ดูแลที่บ้าน^{15,16,17} ดังนั้นทุกภาคส่วนควรร่วมกันในการขับเคลื่อนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมความต้องการและจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้มากยิ่งขึ้นต่อไป

กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเขตเทศบาลตำบลเขมราฐ ที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59 เพศชายร้อยละ 41 ส่วนมากมีอายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 49) รองลงมาคือมีอายุช่วง 71- 80 ปี ร้อยละ 45 และมีอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 6 อายุต่ำที่สุด 62 ปี อายุสูงสุด 83 ปี มีอายุเฉลี่ย 70.78 ปี ($\bar{X} = 70.78$, S.D. = 4.84) สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นหม้าย (ร้อยละ 54) การศึกษาสูงสุดส่วนมากระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 46) และรองลงมาคือระดับ ปวส.หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 34) อาชีพส่วนมาเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 77.00) รองลงมาคือรับราชการพนักงานของรัฐ (ร้อยละ 22) รายได้ต่อเดือนส่วนมาก 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 45) รองลงมาคือมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 29) รายได้ต่ำสุด 2,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดต่อเดือน 30,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 8166.90 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 8166.90$, S.D. = 7438.815) ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนมาก 5 ปี - 10 ปี (ร้อยละ 52.50) รองลงมาคือ มากกว่า 3 ปี - 5 ปี ระยะเวลาในการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจนถึงปัจจุบันต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 14 ปี เฉลี่ย 6.15 ปี ($\bar{X} = 6.15$, S.D. = 3.16)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุกคนมีโรคประจำตัว ส่วนมากกลุ่มผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคร่วมหลายโรคและมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการเดินทางไปมาได้โดยอิสระ พบมากที่สุดคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22 รองลงมาคือโรคเบาหวาน

และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 19 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวและการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (instability & impair mobility) ได้แก่โรคเก๊าท์ ข้อเสื่อมหรือข้ออักเสบ ร้อยละ 18 ส่วนโรคทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ร้อยละ 2 ทางด้านสติปัญญาหรือการคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม ร้อยละ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนมากมีผู้ดูแล ร้อยละ 88 และยังมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ต้องอยู่เพียงลำพังใช้วิธีการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวลำบากต้องคอยๆ ขยับตัวเคลื่อนไหวไปมาได้ภายในบ้าน ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนมากผู้ดูแลเป็นหลาน (ร้อยละ 25) รองลงมาคู่สมรส (ร้อยละ 24) และบุตร (ร้อยละ 16) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลในระดับชุมชนมีเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 9) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 8) อาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 4) ส่วนการจ้างโดยการจ้างนักบริบาลสูงอายุแบบจ้างเหมารายเดือนมาดูแลโดยเฉพาะมีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2)

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้สรุปและอภิปรายได้ว่า : กระบวนการพัฒนาทั้งหมด 2 วงรอบตามกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนการวางแผน (Plan) โดยการสนทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีร่วมกันศึกษาวิเคราะห์ชุมชนเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติโดยจัดการอภิปรายถกปัญหา (Dialogue) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพบปัญหา คือผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นโรคซึมเศร้าและป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนความต้องการของชุมชน (Need Assessment) คือต้องการผู้ดูแลที่มากดูแลช่วยพยุงเคลื่อนไหวและจัดอาหารและยาให้รับประทาน จึงนำข้อมูลมาออกแบบสร้างรูปแบบและแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และเข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินการ (Action) สร้างรูปแบบและปฏิบัติการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและมีแกนนำดูแลผู้สูงอายุช่วยดูแลเป็นหลักร่วมด้วย ขั้นตอนการติดตาม (Monitoring) ประเมินความก้าวหน้าเดือนละ 1 ครั้ง ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ จัดเวทีเรื่อง “แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” สู่การประเมินผลและสะท้อนผล

(Evaluation and Reflection) เมื่อสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบแล้วประเมินผลดูรูปแบบความเหมาะสมและการมีส่วนร่วมและประเมินผลความพึงพอใจ ผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ววิเคราะห์ประเมินผลสู่ปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อสะท้อนสู่การวางแผนพัฒนารูปแบบ เมื่อสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบในทุกระยะพบว่าเกิดการมีส่วนร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายเกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันโดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านรวมทั้งมีองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนร่วมกัน เป็นการทำงานที่เข้มแข็งส่วนผู้สูงอายุและผู้ดูแลเองได้มีส่วนร่วมในการเสนอความต้องการ เสนอปัญหาทำให้การจัดกิจกรรมดูแลได้ตรงประเด็น และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ตรงประเด็น ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบนี้เรียกว่า “Health Care for The Home Bound Elder by Community participation Model” ซึ่งจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐานในครั้งนี้ การบริหารจัดการแผนงานที่ต้องประสานการขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับการปรับปรุงอาคารและการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ได้มีภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม¹⁸ การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจึงจัดกิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชนโดยชุมชน” เพิ่มความตระหนักจากการเห็นปัญหาและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในทุกวัยในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนประเมินปัญหาของชุมชนเองหาวิธีแก้ไขด้วยทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน แผนงานด้านการดูแลสุขภาพยังเป็นการสนับสนุนงบประมาณให้แก่สถานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ดูแล สนับสนุนให้เกิดชมรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ชุมชนมีนโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมและบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นภายใต้บริบทของชุมชนนั้นๆ¹⁹ การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตนซึ่ง

สะท้อนปัญหาอย่างชัดเจนสอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของชุมชนทำให้เกิดการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นและเกิดส่งผลให้เกิดความพึงพอใจจนทำให้มีส่วนร่วมมากขึ้นและยังยืนต่อไปการจัดลำดับความสำคัญการเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้นโดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ประชาชนในชุมชน และเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเองทั้งนี้โดยมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก โดยรูปแบบ “Health Care for The Home Bound Elder by Community Participation Model” ประกอบด้วย :

1) สร้างองค์กรประชาชน โดยการรวบรวมกลุ่มประชาชนในชุมชนเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการจัดตั้งกลุ่มประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมพลังความคิดเห็น วางแผนร่วมกัน ตัดสินใจและร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดการสร้างองค์กรประชาชน (Local People's Organization) เป็นชมรมผู้สูงอายุในชุมชนโดยทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและร่วมกันจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน²⁰

2) มีเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลที่อยู่ในชุมชน มีการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Network) เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาล่วงหน้าและพัฒนาศักยภาพ

3) จัดการฝึกอบรมให้องค์กรประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เฉพาะด้านการดูแลสุขภาพ การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกาย และโภชนาการ

4) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยให้ประชาชนในชุมชนเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยทำเป็นคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุ

5) กำหนดกรอบกิจกรรมและดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ให้เกิดความพึงพอใจ สามารถสนองตอบต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี ที่สำคัญควรเน้นกิจกรรมที่จะช่วยทำให้กลุ่มเป้าหมายอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนได้อย่างมีความสุข

6) การติดต่อประสานงาน และร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประสานงานควรมีทุกระดับตั้งแต่องค์กรประชาชนไปจนถึงการกำหนดนโยบาย ที่สำคัญต้องประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

7) การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนโดยจัดสถานที่ในชุมชน เป็นที่รวมสมาชิกในชุมชนจึงร่วมกันพัฒนาชุมชนของตนเองโดยใช้พลังของกลุ่มคน ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

8) จัดกิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชน” เพื่อสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในทุวัยในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนประเมินปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีแก้ไขด้วยทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน แล้วองค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

9) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและยากไร้ โดยจัดกิจกรรมเชิงรุกติดตามเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันและรักษากลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านรวมทั้งสอนให้ญาติและลูกหลานสมาชิกในครอบครัวร่วมกันดูแล

10) ตั้งศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุกับบุคคลภายในชุมชน มีการบริหารงานโดยสมาชิกในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมและภูมิปัญญา กิจกรรมภายในศูนย์ฯ เช่น การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และโภชนาการ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ นันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์แก่สาธารณชนของผู้สูงอายุ

11) จัดจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี”

12) ร่วมกันจัดหาเครื่องกายอุปกรณ์และเครื่องติดตามสัญญาณชีพ โดยการบริจาคหรือการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนเกิดการทำงานแบบมีภาคีส่วนร่วม เกิดเครือข่ายดำเนินงาน จัดทำทะเบียนรายการอุปกรณ์แล้วแจกจ่ายอุปกรณ์ในการช่วยพยุงและเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุร่วมด้วย โดยจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและบริหารจัดการ

อภิปรายได้ว่ารูปแบบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและยังช่วยขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมากขึ้น²¹ หลังจากการพัฒนาแบบผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .021 ($t = 2.23$, $P\text{-value} < .05$) ในทุกๆ ด้าน โดยหลังการพัฒนาแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 3.99$, $S.D. = 0.50$) ในทุกๆ ด้าน ทั้ง 3 ด้านได้แก่ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินงาน และด้านการร่วมประเมินผลงาน ผู้สูงอายุในชุมชนมีคะแนนคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบแต่ละด้านรวมทั้งการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าหลังมีการพัฒนามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X} = 96.10$, $S.D. = 12.39$) ซึ่งก่อนการพัฒนาแบบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 68.74$, $S.D. = 8.22$) ส่วนรายด้านหลังการพัฒนาพบว่าด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X} = 24.12$, $S.D. = 1.94$) ส่วนด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลางแต่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาในทุกๆ ด้าน ดังตารางที่ 1

ชุมชนและกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจของชุมชนต่อรูปแบบและการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาแบบชุมชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในทุกๆ ข้อการประเมิน และเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาแบบพบมีความพึงพอใจระดับน้อยทุกข้อ โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 37.88$, $S.D. = 6.66$) และข้อที่พึงพอใจมากที่สุดคือได้มีส่วนร่วมในประเมินผลการใช้รูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในครั้งนี้ และยังยอมรับและพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเห็นว่ามีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี ครอบคลุมชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุยังได้รับการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบจนได้รูปแบบที่ชัดเจนส่งผลเกิดการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นและชัดเจนภาคประชาชน โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนเกิดการบูรณาการขับเคลื่อนร่วมกันจนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในด้านสุขภาพจิต ส่วนด้านสุขภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมยังคงต้องเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เอื้อต่อการเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังร่วมด้วย

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต ก่อนการพัฒนา	ระดับ คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต หลังการพัฒนา	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย	17.63	กลาง	25.06	กลาง
2. ด้านจิตใจ	15.74	กลาง	24.12	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.45	กลาง	10.65	กลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	22.21	กลาง	28.39	กลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	68.74	คุณภาพชีวิตกลาง	96.10	คุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้วิจัยควรมีการนำกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตาม Evidence based มาปรับใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้การขับเคลื่อนได้ง่าย ชัดเจน และมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. ควรเน้นและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมด้วย รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อตามคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง และควรมีการศึกษาและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนในกรณีมีโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลเฉพาะ เช่น แสงสว่างกับการใช้ยาชนิดลดระดับน้ำตาล หองน้ำผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อตามคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน รวมทั้งควรผลักดันให้เกิดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและด้อยโอกาสหรือยากไร้ให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมหรือเน้นการค้นหาเพื่อให้บริการเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Report of the situation of the elderly in Thailand 2016. Bangkok : Pongpanich Charoenphan Co.,Ltd. ; 2016. (in Thai).
2. National Statistical Office. Key Findings of Working Elderly in Thailand 2016. Bangkok : National Statistical Office ; 2016. (in Thai).
3. Prachuablar C., Wirojratana V., Jitramontree N. and Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role Strain in Older Persons With Parkinson's Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014 ; 15(3) : 235-245. (in Thai).
4. Ubon Ratchathani Provincial Health Office. Documentation and Supervision of Performance. Ubon Ratchathani : Ubon Ratchathani Provincial Health Office ; 2016. (in Thai).
5. Tousignant, M., N. Dubuc R. and C. Coulomb. Home-care Programmes for Older Adults with Disabilities in Canada : How Can we Assess the Adequacy of Services Provided Compared with the Needs of Users?. Health & Social Care in the Community ; 2007 : 15(1), 1-7, January.
6. Tokuda Y. & Hinohara S. Geriatric Nation and Redefining the Elderly in Japan. International Journal of Gerontology 2008 : 2(4), 154-15.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Victoria, Australia : Deakin University Press ; 1988.
8. Fisher, K., Bennett-Levy, J., & Irwin, R. What a GAS! Action research as a peer support process for postgraduate students. UltiBASE ; 2003.
9. Boyle, Geraldine. Facilitating Choice and Control for Older People in Long-term Care. Health & Social Care in the Community ; 2004 : 12(3), 212-220, May.
10. Dejsiri P. Development of health care model for the elderly by the community at Wang Saeng Subdistrict , Maha Sarakham Province. Master of Public Health Master Thesis Mahasarakham university ; 2014. (in Thai).
11. Mahatnirunkul S., Tantipiwanaikul V., Poompaisanchai V., Wongsuwan K. and Manarungkul M. World Health Organization Quality of Life Indicators. Chiang Mai : Suan Phung Hospital ; 2011. (in Thai).
12. Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement ; 2004 : v. 30, 607-610.

13. Phankong O. Nursing care for the elderly. Nonthaburi : Yutharin Printing ; 2009. (in Thai).
14. Kooha O., Tammawat N. Study of the health care system of the elderly with health vulnerability in the community. Journal of Geriatric Medicine. 2013 ; 10 (4) : 9-16. (in Thai).
15. Kunkarong O., Thaniwattananon P. and Kitrungrroj K. Family care readiness and stress in caregiver role in Muslim patients. Journal of Narathiwat Rajanagarindra University. 2012 ; 4 (1) : 14-27. (in Thai).
16. Robroojane S. Development of the elderly health care model for elderly caregivers Warinchamrab District Ubon Ratchathani Province. Journal of Narathiwat Rajanagarindra University. 2017 ; 9 (3) : 57-69. (in Thai).
17. Phapeewdee W. Development of elderly health promotion model by elderly people in Ban Nong Suea community, Srisuk Subdistrict, Samrong Thap district, Surin province. Master of Public Health Master Thesis Mahasarakrm university ; 2013. (in Thai).
18. Auimsamai S., Muensit R. and Thongmak J. The elderly care model of volunteer caregivers Phukang Subdistrict, Phra Phutthabat district, Saraburi province. Journal of Nursing , Ministry of Public Health. 2012 ; 22 (3) : 77-87. (in Thai).
19. Chao, S., Lan, Y., Tso, H., Chung, C., Neim, Y. & Clak, M. J. Predictors of psychosocial Adaptation among Elderly Residents in Long-term Care Settings. Journal of Nursing Research. 2008 ; 16(2) : 149 – 158.
20. Namarak R. Family factors influencing exercise and eating behavior among elderly with overweight in Muang district Nakhonprathom province. [Dissertation].Chon buri : Burapha University ; 2015. (in Thai)
21. Phopa Y., Sanveingchan S. and Pruksacheva T. Factors Effecting Health Promotion Behavior in Elderly : In-Depth Factors Study in Ban Khlong Yong Moo 1. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017 ; 18(2) : 266-275. (in Thai).