

## ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

เกהלัน ประเสริฐดิพงษ์ พย.บ.\*<sup>1</sup>

กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ปร.ด.<sup>2</sup> ปรีศณี ศรีกัน ปร.ด.<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันในสังคมไทยมีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นทำให้ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นตาม โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในต่างพื้นที่ ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามปกติ จำนวน 30 คน โดยมีการประเมินก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ การทดสอบแมน-วิทนียู และการทดสอบ วิลคอกซัน ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงหลังการเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงภายหลังการศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

**คำสำคัญ** การเยี่ยมบ้าน, ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน, คุณภาพชีวิต, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

วันที่รับ: 23 มีนาคม 2565 วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 28 เมษายน 2566

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพะเยา

\* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: kaehlan2508@gmail.com

<sup>2</sup> อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

## Effects of community participation theory-based home visit on quality of life and activities of daily living among home and bedbound elders in Mae Ka Subdistrict, Mueang District, Phayao Province

Kaehlun Praserttiitipong B.N.S.\*<sup>1</sup>

Krittapat Fukfon Ph.D.<sup>2</sup> Pratsani Srikan Ph.D.<sup>2</sup>

### Abstract

Thailand has increased the number of homebound and bedbound elderly, which has increased health care for those elders, especially those living in communities. This quasi-experimental study aimed to examine the quality of life and activities of daily living of homebound and bedbound older people receiving home visits based on community participation theory. The experimental group consisted of 30 homebound and bedbound older adults living in Mae Ka sub-district, Mueang district, Phayao province, while 30 homebound and bedbound older adults living in another community were in the control group. When the experimental group received home visits based on community participation theory, the control group received routine care from health professionals. Research outcomes were measured before implementation and six months after the study's completion. Research instruments composed of the program of home visits based on the theory of community participation, the WHOQOL-BREF-THAI, and the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index. Data were analyzed using inferential statistics such as mean, percentage, standard deviation, paired t-test, independent t-test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon Signed-ranks Test. The results showed that, after completing the program, the QoL and ADL of the experimental group were significantly better than those before the initiation of the study ( $p < .001$ ). In addition, the QoL and ADL of the experimental group were also significantly higher than those of the control group ( $p < .001$ ). The home visit program based on community participation theory has successfully improved or enhanced the QoL and ADL of homebound and bedbound elderly people living in the community.

**Keywords:** Home visits, Community participation, Quality of life, Activity of daily living, Homebound and bedbound elders

Received: Mar 23, 2022 Revised: Apr 26, 2023 Accepted: Apr 28, 2023

<sup>1</sup>Registered Nurse, Community Nursing Department, Phayao Hospital

\* Corresponding author, email: kaehlun2508@gmail.com

<sup>2</sup>Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

## บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยถูกจัดเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัยเพราะมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18 และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 คือมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 และในอีก 20 ปีข้างหน้าหรือราวปี พ.ศ. 2586 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) การเป็นสังคมผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้สังคมผู้สูงอายุเป็นสังคมที่มีคุณภาพ มีความพร้อม ไม่เป็นภาระของชุมชน สังคมและประเทศชาติ (เกศิณี วงศ์สุบิน, 2560)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพ เนื่องด้วยความเสี่ยงทางสรีรวิทยาของภาวะสูงอายุโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ และโรคไตวายตามลำดับ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกลายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียง ดังเห็นได้จากอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 30.5 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุสูงถึง 31 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผลจากการพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง จึงทำให้ความต้องการในการได้รับการช่วยเหลือดูแลที่บ้านมากกว่าการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล การดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน จะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นควรประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1980)

จังหวัดพะเยามีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2563 มีประชากร 469,241 คน เป็นผู้สูงอายุ 94,223 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.08 มีประชากรผู้พิการที่จดทะเบียน 23,474 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุพิการคิดเป็น ร้อยละ 60.72 และมีผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 27 คน ส่วนตำบลแม่กาซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองและเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในลำดับต้นของจังหวัดพะเยา มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 2,273 คน คิดเป็นร้อยละ 15.18 แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม จำนวน 2,098 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.87 กลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 94 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.13 แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของตำบลแม่กาจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 3,186 คนในปี พ.ศ. 2573 จัดเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ นอกจากนั้นสถิติความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุตำบลแม่กา พบว่ามีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ ตำบลแม่กาเป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทรมีการขับเคลื่อนด้านการดูแลสุขภาพโดยมีกลุ่มจิตอาสาที่หลากหลาย แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพในการดูแลตนเอง การดูแลบุคคลในครอบครัวและชุมชน ยังคงมีความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนมากจะเป็นการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่าการให้บริการที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ดำเนินการภายใต้นโยบายดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง (long term care) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา แต่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการรายกรณีได้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยส่วนมากจะมีปัญหาที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างที่ไม่ออกเหนือจากเรื่องสุขภาพโดยตรง เช่น ปัญหาสภาพแวดล้อมความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ปัญหาการถูกทอดทิ้ง และปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัญหาการแก้ไขปัญหาค่าเงินจะต้องมีส่วนร่วมจากคนในชุมชน

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนและครอบครัว เห็นช่องว่างของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในชุมชนในด้านการทำงานที่แยกส่วน การขาดการเชื่อมประสานงานระหว่างบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มาจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน และได้เห็นความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

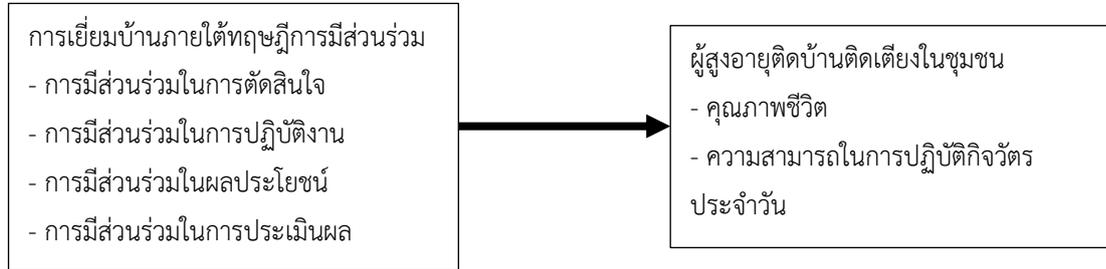
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนต้นตัวและเป็นส่วนหนึ่งในการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ประชาชนได้ตัดสินใจเกี่ยวกับปัจจัยปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง และในขณะเดียวกันประชาชนก็จะมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทาง วิธีการในการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผนวกแนวคิดดังกล่าวกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) เป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน ที่ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision-making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน (participation in implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (participation in benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (participation in evaluation) โดยที่บุคคลที่มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (local residents) ผู้นำชุมชน (local leaders) บุคลากรภาครัฐ

(government personnel) และบุคคลภายนอก (foreign personnel) (Cohen & Uphoff, 1980) โดยมีเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ประชากรในการศึกษาคือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงตามคำนิยามของกรมอนามัย ซึ่งประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ได้คะแนนน้อยกว่า 11 จาก 20 คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่อาศัยในเขตตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา และกลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่อาศัยในเขตตำบลบ้านต้าและตำบลบ้านต๋น อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาผลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อมรรัตน์ ปะติเก, ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และ ศิรินาถ ตงศิริ, 2562) ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.01 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = .05 และ Power of test 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 รายต่อกลุ่มรวมทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและจับคู่ที่เหมาะสมระหว่างกลุ่ม (matching) โดยใช้ เพศ อายุ และคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 11 คะแนน 2) สามารถสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทยและ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดจนเสร็จสิ้นสุดการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเยี่ยมบ้านแต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านจะมีการประชุมสะท้อนคิด และปรึกษาหารือภายหลังจากการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก 2 เดือน รวมจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 6 เดือน โปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน และการพยาบาล ผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่านได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และผู้ดูแล

2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (Jitapunkul, Kamolratnankul, Clulndraprasert, & Bunnag, 1994) การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์หรือติดเตียง คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรงหรือติดเตียง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพานกลางหรือติดบ้าน และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็นภาวะพึ่งพา

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุปัจจุบันได้ถูกนำไปใช้แพร่หลาย โดยต้นฉบับได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย พบว่ามีความเหมาะสมในการประเมินระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบระหว่างผู้ประเมินและการทดสอบซ้ำเท่ากับ .79 และ .68 ตามลำดับ (Jitapunkul et al., 1994)

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด คือ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่น

Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา วันที่ 16 ตุลาคม 2563 เลขที่ COA No.128

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมทีมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ตามเกณฑ์คัดเข้าจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1. ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

2.2. จัดประชุมเครือข่ายในตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน เจ้าหน้าที่มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นหน่วยงานภาคเอกชนที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมแก่ประชาชนในชนบทจังหวัดพะเยา 2 คน ผู้นำชุมชน 18 คน รวมทั้งหมด 26 คน เพื่อเสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในตำบลแม่กา แนวทางการศึกษาวิจัย และระดมแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

2.3. กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการจัดประชุมระดมสมองเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในตำบล จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพะเยา 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 คน เจ้าหน้าที่มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา 4 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน พระสงฆ์ 1 รูป อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (care giver: CG) 23 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 คน รวมทั้งหมด 46 คน โดยมีประเด็นในการประชุมระดมสมอง คือ เพื่อทบทวนสถานการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในตำบล สรุปผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่ผ่านมา สรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำเสนอความรู้ ปัญหาของผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอแนวทางการดำเนินงานที่พัฒนาต่อจากการศึกษาเรียนรู้จากพื้นที่อื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกจังหวัด และระดมความคิดเห็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่จะดำเนินการต่อในแต่ละหมู่บ้าน และร่วมกันจัดทำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในแต่ละหมู่บ้านตามข้อตกลงเสนอต่อเครือข่ายเพื่อใช้เป็นแผนกำกับการเยี่ยมบ้านของแต่ละหมู่บ้าน

2.4. จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายประกอบด้วย อสม. จิตอาสาผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน โดยอบรมทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 ครั้ง

2.5. กระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน โดยเครือข่ายเยี่ยมบ้านแต่ละหมู่บ้าน ร่วมกันเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในหมู่บ้านตนเอง โดยมีผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลพะเยา และเจ้าหน้าที่

ของ รพ.สต. ร่วมเยี่ยมบ้าน และมีการประชุมสะท้อนคิดและปรึกษาหารือภายหลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก ๆ 2 เดือน รวมจำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลา 6 เดือน และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทุกเดือน เดือนละครั้งติดต่อกัน 6 เดือน ทั้งนี้ความถี่ของการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงอาจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการในการช่วยเหลือมากขึ้น

2.6 กระบวนการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการประเมินผล โดยภายหลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมบ้าน ในระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับเครือข่ายได้รับทราบร่วมกัน

### 3. การดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1. ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงก่อนการศึกษา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนละพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

3.2. กลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในพื้นที่ต่างตำบล ที่ได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพ โดยจะได้รับการดูแลตามความจำเป็นจากการประเมินของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลผู้จัดการดูแลหรือ care manager และจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครประจำตำบลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ต่างกันตามระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหรือ long-term care โดยจะไม่ได้รับเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.3. ภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อเป็นการประเมินเปรียบเทียบ

4. ผู้วิจัยจัดประชุมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในตำบล เพื่อสรุปประเมินผลหลังการเยี่ยมบ้านโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเสนอแนะแนวทางในการใช้ประโยชน์ต่อไปจากการศึกษาวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้มาวิเคราะห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test, independent t-test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent-t test เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30 มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 76.73 ปี ( $SD=9.24$ ) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.67 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 36.67 มีผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยาและพี่น้อง ร้อยละ 16.67 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี และ 80-89 ปี ในจำนวนที่เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 82.67 ปี ( $SD=8.13$ ) ส่วนมากจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.33 และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 50.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และผู้ดูแลหลัก

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.596*
หญิง	20 (66.67)	18 (60.00)	
ชาย	10 (33.33)	12 (40.00)	
อายุ (ปี)			0.292**
60-69	9 (30.00)	8 (26.67)	
70-79	8 (26.67)	10 (33.33)	
80-89	11 (36.67)	10 (33.33)	
90-99	2 (6.67)	2 (6.67)	
	Mean =76.73, SD = 9.24	Mean=82.67, SD = 8.13	
ระดับการศึกษา			1.000***
ไม่ได้เรียน	11 (36.67)	12 (40.00)	
ประถมศึกษา	17 (56.67)	16 (53.33)	
มัธยมศึกษา	2 (6.67)	2 (6.67)	
สถานภาพสมรส			0.187***
คู่	12 (40.00)	19 (63.33)	
หม้าย	19 (63.33)	10 (33.33)	
โสด	1 (3.33)	1 (3.33)	

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ผู้ดูแลหลัก			0.242***
บุตร	21 (70.00)	15 (50.00)	
สามี/ภรรยา	5 (16.67)	10 (33.33)	
ญาติคนอื่น ๆ	2 (6.66)	3 (10.00)	
ไม่มีผู้ดูแล	2 (6.67)	2 (6.67)	

\*Chi-square test, \*\*independent t-test, \*\*\*Fisher's exact test

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33 รองลงมาระดับไม่ดี ร้อยละ 10.00 หลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 และมีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2 เป็น ร้อยละ 36.67 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (n=30)

คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน )	3	10.00	0	0
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน )	25	83.33	19	63.33
คุณภาพชีวิตดี (96-104 คะแนน)	2	6.67	11	36.67

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการศึกษา ( $\bar{X}=88.97, SD=9.12$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X}=79.03, SD=10.94$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=5.818, p<.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยสถิติ paired t-test (n=30)

ตัวแปร	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
คุณภาพชีวิต	79.03	10.94	88.97	9.12	5.818	0.000*

\*  $p<.001$

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ภายหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (mean=11.17, SD=3.36) สูงกว่าก่อนการศึกษา (mean=9.23, SD=2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test ( $n=30$ )

ตัวแปร	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		Z	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	9.23	2.25	11.17	3.36	3.745	0.000*

\*  $p < .001$

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภายหลังการศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (mean=88.97, SD=9.12) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean=70.33, SD=8.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=8.215$ ,  $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	88.97	9.12	8.215	0.000*
กลุ่มควบคุม	70.33	8.43		

\*  $p < .001$

**ส่วนที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (mean rank =38.60, sum of ranks =1158.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean rank =22.40, sum of ranks =672.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=3.626$ ,  $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	38.60	1158.00	3.626	0.000*
กลุ่มควบคุม	22.40	672.00		

\*  $p < .001$

หมายเหตุ: เนื่องจากมีการใช้สถิติที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจึงมีตารางมากกว่า 4 ตาราง

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน ( $p < .001$ ) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อมรรัตน์ ปะติเก และคณะ, 2565) และการศึกษาของ ศิริอร สินธุ และคณะ (2565) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านผ่านการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางระบบออนไลน์ช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของกลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver : CG) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น 70 ชั่วโมงเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะมีการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลหรือ care plan โดยที่ CG อาจไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เพียงพอ เพราะส่วนใหญ่เป็นจิตอาสา อสม. หรือประชาชนในชุมชน ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่าย เมื่อเกิดปัญหาจึงไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานภายใต้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวที่พบในกลุ่มควบคุม คือ การได้ประสานงานร่วมมือกับเครือข่ายที่มสุขภาพในการช่วยเหลือจัดการปัญหาที่จิตอาสาหรือ อสม. ไม่สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาคั้งนี้ ได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และมีเครือข่ายผู้สูงอายุจิตอาสา 2 คน เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1 คน โดยมีองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและพระสงฆ์เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในหลายด้าน ตลอดจนได้รับการประสานการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพ ได้รับการช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และ ศุภวดี แถวเพี้ย (2565) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง และการศึกษาของเพ็ญภา มะหะหมัด (2561) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกันเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้าน ติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม

สรุปผลการวิจัย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้น การเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกิจกรรมการพยาบาลวิธีหนึ่งที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายสาธารณสุขแกนนำชุมชน และภาคประชาชน สามารถนำแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ในการเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงในชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ และสามารถขยายความครอบคลุมให้การดูแลแก่ผู้พิการหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในวัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากผู้สูงอายุในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีทั้งภาวะติดบ้านและติดเตียงซึ่งมีค่า ADL น้อยกว่า 11 จึงไม่สามารถจำแนกได้ว่าการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมเหมาะกับลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มใดมากที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจำแนกเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เพื่อหาลักษณะเฉพาะของวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และควรมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น 1 ปี ภายหลังจากส่งเสริมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธ์, และ อรัญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 581-595.

เกศิณี วงศ์สุปิน. (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. การประชุมเสนอผลงาน วิจัยระดับบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงม้น ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชวยรัมย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 23(2), 79-87.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2561). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(2), 51-63.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*, เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. จาก [http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport\\_64.pdf](http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport_64.pdf)
- อมรรัตน์ ปะติเก, ชนัตถา พลอยล้อมแสง, จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์, และ ศิรินาถ ตงศิริ. (2562). ผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(4), 860-868.
- Cohen, J. & Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Development*. 8. 213-235. doi:10.1016/0305-750X(80)90011-X.
- Jitapunkul, S., Kamolrattankul, P., Clulndraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among the elderly living in Klong Toey Slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77, 231-238.
- World Health Organization. (2002). *Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques*. World Health Organization.