

## บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Development of Health Care Guidelines for the Bedridden Elderly by Community  
Participation, Muenwai Subdistrict, Muang District, Nakhon Ratchasima Province

สุชาติ สนพะเนาวั

Suchat Sonpanoa

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Pongsung Health Promoting Hospital, Muenwai Subdistrict, Muang District, Nakhonratchasima Province.

โทรศัพท์ : 0-4427-1782; E-mail : Poansung@gmail.com

วันที่รับ 17 เม.ย.2567; วันที่แก้ไข 29 เม.ย.2567; วันที่ออกรับ 7 พ.ค.2567

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมดจำนวน 90 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 37 คน และกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา จำนวน 53 คน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินกิจกรรมประจำวัน ADL และแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและความพึงพอใจต่อกิจกรรมระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ด้านการวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง

ดำเนินงาน โดยใช้สถิติ Paired sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การศึกษาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงนี้ เกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายทุกคนในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน แบ่งออกเป็น 3 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 ศึกษาบริบทก่อนดำเนินการและพัฒนาแนวทาง ขั้นที่ 2 การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมตามแนวทาง Action Research และขั้นที่ 3 หลังการดำเนินงาน ซึ่งวิเคราะห์และประเมินผลผลลัพธ์การดำเนินงานร่วมกัน พบว่าภายหลังการพัฒนา ทั้งกลุ่มของผู้ร่วมพัฒนาและผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยของทั้งประเด็นด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรม เพิ่มขึ้นจากการพัฒนา อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$  ในทุกด้าน) จากการถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทำให้ได้แนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ที่ชื่อว่า C-CARE Model ที่มีความเหมาะสมและตรง

วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2567

ตามบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนตำบลหมื่นไวย ทั้งนี้ชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงสามารถนำแนวทางนี้ไปปรับประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่ของตนเอง เพื่อพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานนี้ต่อไปได้

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุติดเตียง; แนวทาง; การมีส่วนร่วมของชุมชน

### Abstract

*This is action research. The objective is to study the development of health care guidelines for the bedridden elderly by community participation in Muenwai Subdistrict, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. There are a total of 90 people in the target group, consisting of 37 bedridden elderly people and 53 people from the co-developer group. In the area of responsibility of Pongsung Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Quantitative data were collected using the ADL daily activity assessment, activity participation, and activity satisfaction questionnaires. Between November 2023 and April 2024. In terms of qualitative data, interviews, observations, and focus groups were used. Quantitative analysis uses frequency, mean, standard deviation, minimum, maximum, and comparing the mean scores pre- and post-operation using the paired sample t-test statistics. For qualitative data, content analysis was used.*

*This study of health care guidelines for the bedridden elderly resulted from the participation*

*of all target groups in planning operations together, divided into three steps: Step 1: studying the context before implementation; Step 2: implementing the participatory model according to the Action Research guidelines; and Step 3: after implementation, which analyzes and evaluates the results of joint operations. It was found that after development, both the bedridden elderly people group and the co-developer group had mean scores on both participation and satisfaction with activities. The increase from before development was statistically significant ( $p$ -value $<0.001$  in all aspects). From lessons learned and an analysis of success factors, this resulted in health care guidelines for the bedridden elderly, named the C-CARE Model, that are appropriate and relevant to the context of health care for the bedridden elderly in Muenwai Subdistrict. Other communities with similar contexts can apply this approach in their own areas. In order to further develop this operation.*

**Key words:** Bedridden Elderly; Guideline; Community Participation

### บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person แต่ในส่วนขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ มักใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า

60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มี การให้นิยาม ผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด โดยตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุ กำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุ อยู่ในช่วง 45 – 55 ปี ส่วนชายสูงอายุ อยู่ในช่วง 55 – 75 ปี สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมี สัญชาติไทย<sup>[1]</sup>

ผู้สูงอายุ มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น 1.ด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2.ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร 3.ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม 4.ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวน ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนผู้สูงอายุ คิดบ้านที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็มีมากขึ้นตามไปด้วย โดยที่ผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ เคลื่อนไหวได้ ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความลำบากหรือติดขัดในการเคลื่อนไหว เนื่องจากสภาพ ร่างกายที่เสื่อมสมรรถภาพตามอายุ หรือมีปัญหา ด้านสุขภาพที่มีโรคประจำตัว แต่ที่น่ากังวลคือกลุ่ม ผู้สูงอายุติดเตียง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถ

ช่วยเหลือตัวเองต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา อาจ เป็นเพราะเกิดการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย จากโรคเรื้อรังที่เข้าสู่การลุกลามมากขึ้น จนส่งผล ให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่ง บางคนอาจจะสามารถขยับแขนหรือขาได้บ้าง แต่ยังคง มีคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทุก อย่าง ดังนั้นคนในครอบครัวจะต้องสละเวลาส่วน ใหญ่มาคอยดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเหล่านี้ เพราะต้อง ได้รับการดูแลมากกว่าปกติ ทั้งทางด้านร่างกาย และ สภาพจิตใจ

ทั้งนี้ตัวแปรสำคัญที่เป็นตัวขับเคลื่อนกลุ่ม ผู้สูงอายุติดเตียงดังกล่าวให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใน ชุมชนที่สำคัญได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ อีกทั้งกลุ่ม Care Manager หรือผู้จัดการพยาบาลดูแล ที่มีบทบาท หน้าที่ คือ งานการส่งเสริมการพยาบาลดูแลชุมชน รวมไปถึงผู้ที่เป็น Caregiver ที่ผ่านการอบรมใน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับ มอบหมายได้

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาด้านสถานการณ์ของ ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2566 พบว่ามีประชากร ผู้สูงอายุ จำนวน 12,814,778 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรมี ผู้สูงอายุ จำนวน 4,053,610 คน คิดเป็นร้อยละ 18.64 โดยจำนวนผู้สูงอายุที่มากที่สุดอันดับ 1 ได้แก่ จังหวัด นครราชสีมา รองลงมาคือขอนแก่น อุบลราชธานี บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ตามลำดับ โดยเมื่อ พิจารณาผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์

และสตรีนทร์ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 1,291,343 คิดเป็นร้อยละ 19.31 พบว่าประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา สูงที่สุดเป็นอันดับ 1 เช่นกัน และเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทยอีกด้วย<sup>[2]</sup>

ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในประเด็นด้านข้อมูลผู้สูงอายุ ในตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในกลุ่มติดเตียง โดยพบว่าสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ในตำบลหมื่นไวย มีจำนวนผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน จำนวน 37 คน ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าช่องว่างของงานวิจัยนี้คือ ปัจจุบันในตำบลหมื่นไวย ยังมีปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ไม่ทั่วถึง ยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าควรแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาที่ไม่ใช่จากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมาแก้ปัญหา จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้กระบวนการวิจัยแบบปฏิบัติการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ในชุมชนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาให้ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

#### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทของการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

### ขอบเขตการวิจัย

#### 1. ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

#### 2. ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาใน 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 90 คน ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุในตำบลหมื่นไวย ที่มีคะแนนจากการประเมิน โดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living : ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 37 คน

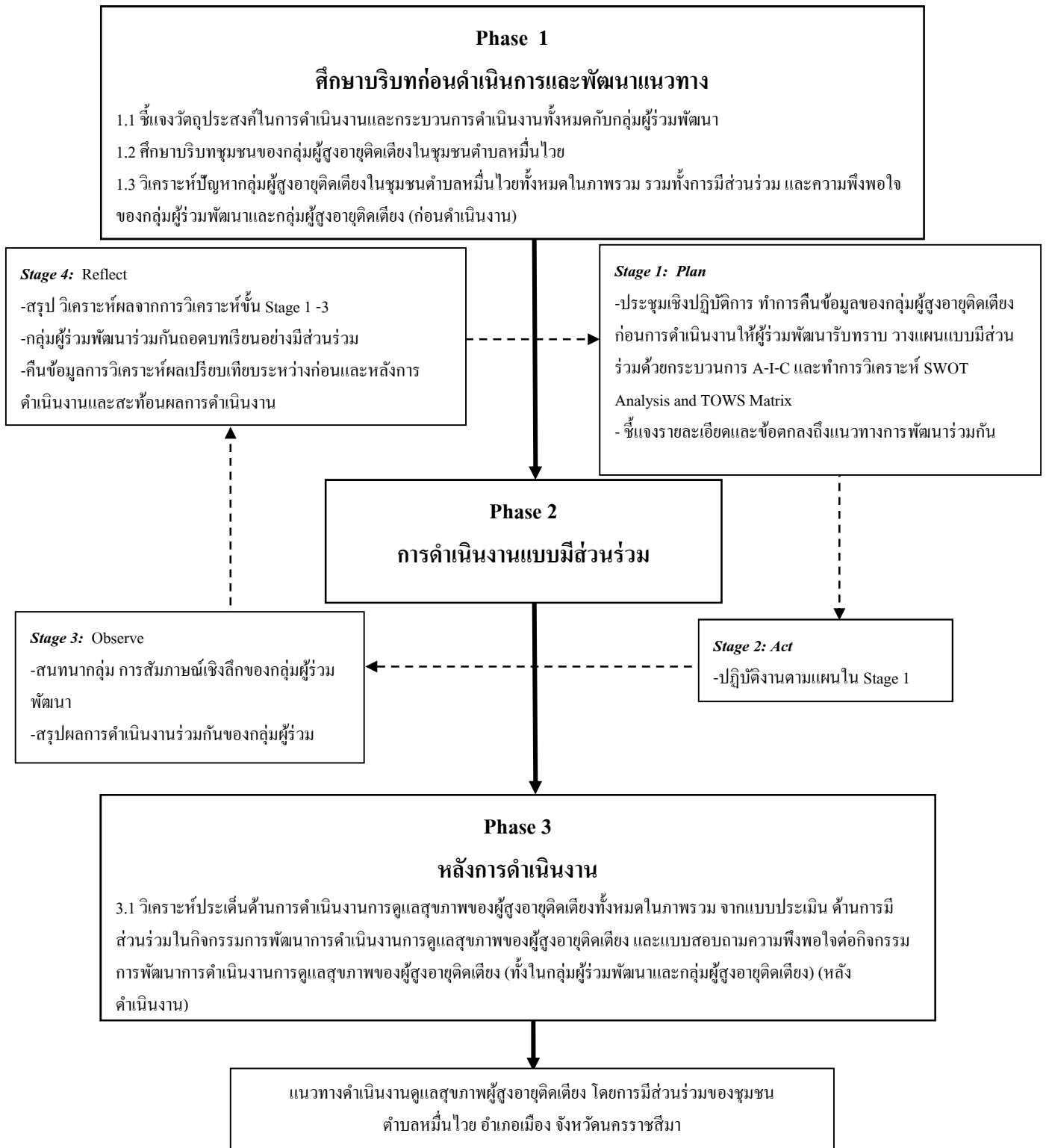
2.2 กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา จำนวน 53 คน ประกอบไปด้วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหมื่นไวย จำนวน 45 คน (9 หมู่บ้าน ๆ ละ 5 คน) Care Manager จำนวน 1 คน Caregiver ของผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 5 คน

บุคลากรด้านสาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการสาธารณสุข) จำนวน 2 คน

### 3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการวิจัยจำนวน 6 เดือน ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนเมษายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) ระยะเวลาในการวิจัยในระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนเมษายน 2567 โดยทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) การเสนอกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมจากแผนงานที่วางไว้ รวมทั้ง ประเมินผล สรุปผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน ร่วมกัน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ แบบประเมิน Assessments & Screenings for Elderly (แบบ ประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living : ADL<sup>[3]</sup> ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลหมื่นไวย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง (ทั้งในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง (ทั้งในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง) เพื่อใช้ประกอบการประเมินผลทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน และกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา จากนั้นได้ศึกษาบริบทชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนตำบลหมื่นไวย และ เเคราะห์ปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนตำบลหมื่นไวยทั้งหมดในภาพรวม รวมทั้งการมีส่วนร่วม

และความพึงพอใจของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (ก่อนดำเนินงาน)

2. การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดย กระบวนการทั้งหมดดำเนินการวิจัยทำภายใต้ แนวคิด Kemmis & McTaggart<sup>[4]</sup> มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนวางแผน (plan) (2) ขั้นตอนดำเนินการตามแผน (act) (3) ขั้นสังเกตและประเมินผล (observe) (4) ขั้นสะท้อนข้อมูล (reflect) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ใช้ กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบ ประกอบด้วย

Stage 1: Plan - ประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำการคืนข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงก่อน การดำเนินงานให้ผู้ร่วมพัฒนารับทราบ วางแผน แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C และทำ การวิเคราะห์ SWOT Analysis and TOWS Matrix และชี้แจงรายละเอียดและข้อตกลงถึงแนวทางการพัฒนาร่วมกัน

Stage 2: Act - ปฏิบัติงานตามแผนใน Stage 1

Stage 3: Observe - สันทนาการกลุ่ม การ สัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา และสรุปผล การดำเนินงานร่วมกันของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

Stage 4: Reflect - สรุป วิเคราะห์ผลจาก การวิเคราะห์ขั้น Stage 1 -3 จากนั้นจัดกิจกรรมให้ กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาร่วมกันถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม และทำการคืนข้อมูลการวิเคราะห์ผล เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงาน และสะท้อนผลการดำเนินงาน

3. หลังการดำเนินงาน โดยทำภายหลังจาก การดำเนินงานไปแล้ว 3 เดือน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ประเด็นด้านการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมดในภาพรวม จากแบบ ประเมินด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการ

พัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดิเคเตียง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพัฒนากำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดิเคเตียง (ทั้งในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุดิเคเตียง) (หลังดำเนินงาน) โดยได้กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุดิเคเตียง ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในชุมชน ทั้งนี้ผู้วิจัยและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาได้ทำการประเมินผลในภาพรวมเรื่องของแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดิเคเตียงและผลการพัฒนาร่วมกัน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุดิเคเตียง จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดิเคเตียง ของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ประกอบด้วยข้อถาม 10 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุดิเคเตียง ประกอบด้วยข้อถาม 7 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดิเคเตียง ในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ประกอบด้วยข้อถาม 11 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุดิเคเตียง ประกอบด้วยข้อถาม 9 ข้อ

ทั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน Assessments & Screenings for Elderly (แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living : ADL จากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 เป็นการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนรวม ADL มี 20 คะแนน

หากผู้สูงอายุ ได้ 0 - 4 คะแนน หมายถึงภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์: very low initial score, total dependence หรือกลุ่มดิเคเตียง

หากผู้สูงอายุ ได้ 5-8 คะแนน หมายถึงภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence หรือกลุ่มดิเคเตียง

หากผู้สูงอายุ ได้ 9-11 คะแนน หมายถึงภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence หรือกลุ่มดิเคเตียง

หากผู้สูงอายุ ได้ 12-20 คะแนน หมายถึงไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home หรือกลุ่มดิเคเตียง

ในแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรม (ทั้งในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุดิเคเตียง) แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>[5]</sup> จำแนกเป็นระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต

#### สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยหา Content Validity จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 ไปทดลองใช้ (Try - Out) โดยการสอบถามชุมชนข้างเคียง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา เพื่อหาค่า Reliability ของแบบสอบถามทั้งฉบับ พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดิเคเตียง ของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุดิเคเตียง



เท่ากับ 0.78 และ 0.83 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและ ของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เท่ากับ 0.76 และ 0.84 ตามลำดับ

จากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์หา Normality ของชุดข้อมูล โดยการ ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า Sig. = 0.35 สำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบ Normal Distribution ผู้วิจัยใช้สถิติ Inferential statistics ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงคือ Paired sample t-test ที่ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95

#### การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (เอกสารรับรองเลขที่ KHE 2023-140 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566) ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวม

ของประชากรเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูล โดยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรมสามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

#### ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุติดเตียงที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ทั้งหมดจำนวน 37 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.49 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65.77 ปีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 82 ปี ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 83.78 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด ได้แก่ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี อยู่ที่ร้อยละ 51.35, 35.14 และ 8.11 ตามลำดับ ผู้สูงอายุติดเตียงมีผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้านเป็นลูก ร้อยละ 83.79 เป็นหลาน ร้อยละ 13.51 และไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 2.70 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลทำอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 48.65 รองลงมาคือเกษียณอายุราชการแล้ว ร้อยละ 21.62 ทั้งนี้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ยที่ 17,950 บาท ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง (n=37)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	5	13.51
หญิง	32	86.49
<b>อายุ (ปี)</b>		
60 – 67	4	10.81
68 – 75	26	70.27
76 – 82	7	18.92
Mean= 65.77 ปี, S.D.=9.68, Min.= 60, Max.= 82		
<b>โรคประจำตัว</b>		
มี	31	83.78
ไม่มี	6	16.22
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้ศึกษา	1	2.70
ประถมศึกษา	19	51.35
มัธยมศึกษา	13	35.14
ปริญญาตรี	3	8.11
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.70
<b>ผู้ดูแลท่านที่เป็นหลัก</b>		
ไม่มี	1	2.70
ลูก	31	83.79
หลาน	5	13.51
<b>อาชีพของผู้ดูแลท่าน</b>		
รับราชการ	7	18.92
ค้าขาย	18	48.65
ธุรกิจส่วนตัว	4	10.81
เกษียณอายุราชการ	8	21.62

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง (n=37) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
9,000 – 20,000	19	51.35
20,001 - 31,000	10	27.03
31,001 - 42,000	8	21.62
Mean= 17,950 บาท, S.D.=5,100 , Min.= 9,000, Max.= 42,000		

จากนั้นได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ คั้นข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง และร่วมกันวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ Appreciation - Influence - Control (A-I-C) โดยการวิเคราะห์ส่วนใหญ่เห็นว่าการดำเนินงานในชุมชนส่วนใหญ่เป็นงานทางด้านการบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุติดเตียงที่ยังไม่มีรูปแบบแนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาควรขับเคลื่อนไปพร้อมกันให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ทางผู้วิจัยจึงได้วางแผนกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมชัดเจนร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทั้ง 53 คน เพื่อกระตุ้นการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงของตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกันโดยเคารพและปราศจากอคติในการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทุกท่าน

จากนั้นทางผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกชุมชนด้วยวิธี SWOT Analysis ร่วมกัน โดยวิเคราะห์ต่อยอดจาก SWOT Analysis

และจับคู่กลยุทธ์ TOWS Matrix ผลการวิเคราะห์พบว่า การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในกลยุทธ์เชิงรุก (SO: Strength-Opportunity Strategy)

ด้านค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม (Pre-test และ Post-test ห่างกัน 3 เดือน) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงภายหลังการพัฒนา กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทั้ง 53 คน มีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) ส่วนในประเด็นด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มผู้ร่วมพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) เช่นกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพ  
ผู้สูงอายุติดเตียง ของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (n=53)

ด้าน	Mean	S.D.	$\bar{d}$	S.D. $\bar{d}$	95 % CI	t	p-value
<b>การมีส่วนร่วมในกิจกรรม</b>							
ก่อนพัฒนา	1.64	0.17	1.05	0.06	1.05-2.86	17.43	<0.001*
หลังพัฒนา	2.69	0.23					
<b>ความพึงพอใจต่อกิจกรรม</b>							
ก่อนพัฒนา	1.55	0.12	1.29	0.05	1.07-2.98	18.67	<0.001*
หลังพัฒนา	2.84	0.17					

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สำหรับผลการวิเคราะห์ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 37 คน ในด้านค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม (pre-test และ Post-test ห่างกัน 3 เดือน) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุติดเตียงเอง ภายหลังจากพัฒนา มีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) ส่วนในประเด็นด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากพัฒนา ได้มีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) เช่นกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุติดเตียง เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (n=37)

ด้าน	Mean	S.D.	$\bar{d}$	S.D. $\bar{d}$	95 % CI	t	p-value
<b>การมีส่วนร่วมในกิจกรรม</b>							
ก่อนพัฒนา	1.05	0.16	1.82	0.05	1.00-2.93	19.76	<0.001*
หลังพัฒนา	2.87	0.11					
<b>ความพึงพอใจต่อกิจกรรม</b>							
ก่อนพัฒนา	1.13	0.12	1.81	0.13	1.00-3.00	18.44	<0.001*
หลังพัฒนา	2.94	0.25					

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ทั้งนี้จากการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้ได้แนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและผู้สูงอายุติดเตียงทุกคน โดยแนวทางนี้ได้พัฒนาขึ้นจากข้อมูลที่สำคัญได้ในระยะก่อนการพัฒนา ผู้วิจัยได้สรุปเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบการพัฒนาทั้งก่อนและหลัง โดยจำแนกตามประเด็นหลักในด้านต่าง ๆ วิเคราะห์ภายใต้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart โดยภายหลังการพัฒนา พบว่าจากการดำเนินงาน ได้กิจกรรมการค้นหาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งหมด 22 ชิ้น ประกอบด้วย Plan 4 ชิ้น (P1 - 4), Act 11 ชิ้น (A1 - 11), Observe 3 ชิ้น (O1 - 3) และ Reflect 4 ชิ้น (R1 - 4) ประกอบด้วย

**ขั้น Plan**

P1: มีการศึกษาบริบทในประเด็นของสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ในชุมชนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในปัจจุบันทั้งหมด และคืนข้อมูลให้กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทราบถึงสถานการณ์การดำเนินงานในชุมชนในภาพรวมของตำบลหมื่นไวย

P2: กำหนดและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานและระยะเวลาในการดำเนินงานในชุมชน

P3: มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทุกคน โดยการวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C และทำการวิเคราะห์ SWOT Analysis and TOWS Matrix

P4: มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันในชุมชน ทิศทางการดำเนินงาน และ

วางแผนขั้นตอนการประเมินผลร่วมกันในทุกกระบวนการ

**ขั้น Act**

A1: มีกิจกรรมที่บุคลากรได้ร่วมพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนและร่วมกันหาวิธีการไขปัญหาในการทำงานร่วมกัน

A2: มีการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหามาจากการระดมความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน

A3: มีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เมื่ออยู่ที่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในประเด็นของปัญหาและอุปสรรคในการดูแล

A4: มีกิจกรรมการพูดคุย แลกเปลี่ยนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ให้มีความเหมาะสมตามวิชาชีพและความชำนาญของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพอย่างเท่าเทียม

A5: มีการประชุมกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทั้งหมด และจัดแจงการรับผิดชอบงานในการดูแลและติดตามผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านให้ชัดเจน เป็นรายบุคคล

A6: มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในด้านการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยวิทยากรจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง โดยการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ อภิปรายในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

A7: มีกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเมื่ออยู่ที่ได้ ได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง เกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาเมื่ออยู่ที่

บ้านหรือปัญหาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง รวมทั้งประเด็นที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ชุมชนสนับสนุนอื่น ๆ

A8: มีการให้บริการเชิงรุกในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงแบบสหวิชาชีพทุกครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเคส

A9: มีการจัดกิจกรรมออกประเมินผลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

A10: มีกิจกรรมเสริมพลังในการทำงานของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา เพื่อสร้างกำลังใจในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในชุมชนร่วมกัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

A11: สร้างข้อตกลงในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาเรื่องการทำงานในการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง รวมทั้งการแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานร่วมกัน

**ขั้น Observe**

O1: มีกิจกรรมการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

O2: สังเกตการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของทั้งในกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

O3 สรุปผลการดำเนินงานร่วมกันของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

**ขั้น Reflect**

R1: มีการสะท้อนผลของการดำเนินงานในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับทราบ

R2: ขั้นตอนการคืนข้อมูลกลับเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับทราบ

R3: มีการวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนร่วมกันของกลุ่มเป้าหมายทุกคนในทุกกิจกรรม

R4: ร่วมกันหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมาให้เหมาะสมและเป็นรูปธรรมมากขึ้นจากเดิม

จากนั้นภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว ผู้วิจัยได้ร่วมถอดบทเรียนกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้เกิดขึ้นในชุมชน ได้ตัวอย่างความคิดเห็นที่ว่า “...เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ช่วยให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลคนป่วยติดเตียงมากกว่าเมื่อก่อน...” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหมื่นไวย , 2567: สัมภาษณ์) หรือที่ว่า “...ทำให้ตนเองได้พัฒนาฝีมือในด้านการดูแลคนแก่ที่ติดเตียงมากยิ่งขึ้น รู้สึกว่ามีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น...” (Caregiver ตำบลหมื่นไวย, 2567: สัมภาษณ์) หรือตัวอย่างที่ว่า “...ขอบคุณมากที่ชุมชนตำบลหมื่นไวยเล็งเห็นและเข้าถึงปัญหาด้านนี้ ช่วยให้คนป่วยได้ดีขึ้น ยิ้มได้...” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน, 2567: สัมภาษณ์) หรือตัวอย่างที่ว่า “...อยากให้มีการกิจกรรมแบบนี้บ่อย ๆ หรือว่ามีไปตลอดเลยในหมื่นไวยนี้...” (ผู้สูงอายุติดเตียง, 2567: สัมภาษณ์)

ทั้งนี้จากการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและผู้สูงอายุติดเตียงไว้ได้ 5 ประเด็น คือ (1) ด้านการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องในชุมชน (2)

ด้านการที่เข้าถึงปัญหาได้อย่างตรงจุด (3) ด้านความเท่าเทียมกันในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ร่วมพัฒนา (4) ด้านการสร้างแผนงานให้เป็นจริงตามที่วางแผนไว้ (5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทำให้ได้แนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่มี ความเหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินงานในชุมชน ที่ชื่อว่า C-CARE Model แยกได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

C ย่อจากคำว่า Community Participation คือ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

C ย่อจากคำว่า Continuous improvement คือ ด้านการพัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนไปอย่างต่อเนื่อง

A ย่อจากคำว่า Accession คือ ด้านการที่ชุมชนสามารถเข้าถึงปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียงได้ตรงจุด

R ย่อจากคำว่า Realization คือ ด้านการที่สามารถทำให้แผนงานเป็นจริงได้อย่างเป็นรูปธรรม

E ย่อจากคำว่า Equality คือ ด้านการให้ความสำคัญอย่างเท่าเทียมกันของผู้สูงอายุติดเตียงทุกเคส รวมทั้งการดำเนินงานการรับผิดชอบงานของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาที่เท่าเทียมกัน

จากการดำเนินงานทั้งหมดสามารถสรุปผลของการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คือจากการดำเนินกิจกรรมที่มาจาก การแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ การประยุกต์ กิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน

ทั้งนี้ทำให้ทางผู้วิจัย ได้แนวทางดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่เรียกว่า C-CARE Model ซึ่งแนวทางนี้หมายถึง การที่จะดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ในตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ให้สำเร็จนั้น การดำเนินงานทุกขั้นตอน ชุมชนต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมดำเนินงานไปพร้อมกัน ตั้งแต่กระบวนการวางแผน เพื่อให้เข้าใจ เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ทั้งนี้กิจกรรมที่วางไว้ต้องสามารถทำได้จริงและเป็นไปได้ บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกปฏิบัติระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย โดยกระทำไปด้วยความต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนในชุมชน

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ร่วมพัฒนา และผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง พบว่ากลุ่มผู้ร่วมพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ที่ 1.64 (การมีส่วนร่วมระดับน้อย) และ 2.69 (การมีส่วนร่วมระดับมาก) ตามลำดับ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ที่ 1.05 (การมีส่วนร่วมระดับน้อย) และ 2.87 (การมีส่วนร่วมระดับมาก) ตามลำดับ โดยในประเด็นด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ของทั้งกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและผู้สูงอายุติด

เพียงเมื่อเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มเช่นกัน โดยที่กลุ่มผู้ร่วมพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ที่ 1.55 (ความพึงพอใจระดับน้อย) และ 2.84 (ความพึงพอใจระดับมาก) ตามลำดับ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ที่ 1.13 (ความพึงพอใจระดับน้อย) และ 2.94 (ความพึงพอใจระดับมาก) ตามลำดับ โดยมีผลลัพธ์เป็นไปในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีแนวโน้มในทิศทางเดียวกัน<sup>[6-7]</sup> ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทุกท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน และพร้อมกันหากิจกรรมที่เสริมสร้างแนวทางการดำเนินงานในทุกมิติอย่างแท้จริง ทำให้เมื่อดำเนินกิจกรรมไปตามแผนที่วางไว้ตามบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจากเดิมในทุกด้าน โดยประเด็นที่สำคัญคือความสำเร็จของแนวทางนี้ ต้องมาจากการที่ทุกฝ่ายในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่มของการพัฒนางาน ตลอดจนถึงการสรุปผลการดำเนินงานด้วย<sup>[8-11]</sup>

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือในการศึกษาต่อขยายในอนาคตถึงการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา นั้น ควรเพิ่มการประเมินผลในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในประเด็นด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินสภาวะทางสุขภาพโดยรวม และวัดผลก่อน-หลังการพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิต

ของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงร่วมด้วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือควรนำผลการศึกษาที่ได้เสนอต่อองค์กรส่วนท้องถิ่นในชุมชนเพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เพื่อกำหนดนโยบายในพื้นที่ถึงประเด็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเตียงต่อไป ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป คือควรมีการใช้ระยะเวลาในการศึกษาที่มากขึ้นโดยทำการวิเคราะห์ภายใต้วงจร PAOR ของ Action Research อย่างน้อยอีก 1 วงรอบ เพื่อนำผลลัพธ์จากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเพื่อประเมินผลถึงความยั่งยืนของแนวทางนี้ในชุมชนให้เป็นอย่างถาวร

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัยนี้ในทุกกิจกรรม ในทุกกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอนอย่างเต็มที่เต็มกำลัง ที่สามารถทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- [1] มนัญญา ภูแก้ว. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. [ออนไลน์]. (2546). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw\\_parcy/ewt\\_dl\\_link.php?%20nid=1536](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?%20nid=1536).



- [2] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ ปี 2566. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ วันที่ 22 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/1>.
- [3] กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP\\_PCUBathel%20ADL.pdf](http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP_PCUBathel%20ADL.pdf).
- [4] Kemmis K. & Mc Taggart R. Participatory action research. In Handbook of qualitative research. London: SAGE; 2000.
- [5] Best J.W. & Kanh J.V. Research in Education (6<sup>th</sup> ed.). New Delhi: Plentice-Hall;1989.
- [6] ณิชชาชล นาคกุล และปานดวงใจ เสนชู. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2564; 4(2) : 27 – 39.
- [7] ชิสตา ตันตะกุล, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์ และวรรณระ พิษพรชัยกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2565; 16(3) : 193 – 206.
- [8] วุฒิพงษ์ ฐนะขว้าง และทัศนัย วงศ์ปิ่นตา. ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2564; 17(1): 64 – 75.
- [9] ทศพร ชูศักดิ์ นัชชา ยันติ ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และนาตยา ดวงประทุม. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยวิชาการ 2566; 6(2) : 87 – 102.
- [10] สุวนันท์ แก้วจันทา, ปรีพัช เงินงาม และณิสรรา ชัยวงศ์. แนวทางการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนด้วย การแพทย์แผนไทยกรณีศึกษา ตำบลบ้านคู่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2565; 10(2) : 190 – 200.
- [11] นิธิวดี แก้วเอี่ยม. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางควั่น อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข 2566; 1(3) : 73 – 88.