ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี

Effects of long-term care system development for elderly by network participation Prachinburi Province.

(Received: August 28,2025 ; Revised: September 6,2025 ; Accepted: September 7,2025)

ผ่องศรี รำจวน[1] วุฒิกร พัฒนโสภณ[2] จินตนา วชิรดุสิต[3]
Phongsri Rumjuan[1], Wutikon Phatanasopon[2], Jintana Wachiradusit[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่าย จำนวน 284 คน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กลุ่มละ 145 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ศักยภาพผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี 5 มาตรการ ประกอบด้วย กำหนดบทบาท การจัดงบประมาณ พัฒนาชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังพัฒนาเครือข่ายโดยรวมมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=<0.001) มีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ผู้ดูแลโดยรวมมีศักยภาพการทำงานอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.0 เป็นร้อยละ 71.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) และผู้สูงอายุโดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 79.3

คำสำคัญ: ระบบการดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุระยะยาว, เครือข่ายการมีส่วนร่วม

Abstract

This research and development aim to study effects of long-term care system development for elderly by network participation Prachinburi Province. Between January and July 2025, sample group consisted of 284 network members, 145 caregivers and elderly persons per group. Research instrument was questionnaire, consisting of network participation, caregiver potential, and quality of life of elderly. Statistics were used analysis: descriptive statistics Wilcoxon signed ranks test and paired t-test.

The results show that effects of long-term care system development for elderly by network participation Prachinburi Province Long-term care system 5 measures: define the role, budget management, develop the elderly club, service system for the dependent elderly, and develop caregiver potential. After the development of the overall network, there was statistically significant increase awareness of promoting health of elderly (p=<0.001). and participation of long-term care system for elderly at high level (p<0.001). Participated in improving the quality of life of elderly significantly (p=0.001). Overall working potential of caregivers increased from 29.0% to 71.0% with statistical significance (p< 0.001) and overall quality of life of elderly at moderate level increased from 72.4% to 79.3%.

Keywords: Network Development, Public Health Emergency Management System

[1] พย.บ.สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
[2] ส.ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
[3] ว.ท.ม., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

บทนำ

ประชากรโลกมากกว่าหนึ่งพันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ในปีพ.ศ.2562 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษาพยาบาล ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก[1] ในประเทศทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 1,109 ล้านคน, 1,200 ล้านคน และ 1,300 ล้านคน ตามลำดับ[2] ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวพบด้านปัญหาและความต้องการการดูแลจากการศึกษาเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[3] บทบาทการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นระบบและกลไกลการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการขจัดหรือลดตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง[4]

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ต้องประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ต่อเนื่องและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล 4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ งบประมาณจากเทศบาลตำบล และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง[5] นอกจากนี้ยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทรอง ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและการติดตามเยี่ยมบ้าน มีกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ[6]

สำหรับประเทศไทย ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างปีพ.ศ. 2563- 2564 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.7 ล้านคน และ 13.4 ล้านคน ระหว่างปีพ.ศ. 2565-2566 มีจำนวน 12.5 ล้านคน และ 12.7 ล้านคน ตามลำดับ ปี พ.ศ.2567 จำนวน 13.5 ล้านคน จากจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 66.0 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 0.4 ล้านคน (ร้อยละ 3.2) 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 3.9) และ 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 3.7)[7]

จังหวัดปราจีนบุรี มีผู้สูงอายุ จำนวน 90,529 คน ร้อยละ 20.6 (ประชากรทั้งหมด 439,994 คน) สูงกว่าระดับเขตและระดับประเทศ (ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 17.4) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปี พ.ศ. 2566 ผ่านโปรแกรม Smart อสม. ร้อยละ 52.20 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.43 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.69 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.88 รวมเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 3.57 นอกจากนี้ยังมีผลการคัดกรองความถดถอย พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรี ได้รับการคัดกรองร้อยละ 48.41 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ในจำนวนนี้พบความผิดปกติด้านการมองเห็นมากที่สุด ร้อยละ 11.48 รองลงมามีปัญหาสุขภาพช่องปาก และการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 5.89 และ 4.54 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,646 คน ได้รับการทำ care plan ร้อยละ 95.56 อัตราส่วนผู้ดูแล : ผู้พึ่งพิง เท่ากับ 1 : 2.18[8] นอกจากนี้ยังพบสภาพปัญหาผลกระทบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรี มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชนและไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่[8] ดังนั้น การดำเนินงานตามนโยบายระบบการดูแลระยะยาวจังหวัดปราจีนบุรี มีทั้งการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

สุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัว ชุมชนและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดปราจีนบุรี โดยการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานเดิมตามที่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อครบวงจร มีทั้งการคัดกรองสุขภาพ การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาวจนถึงการดูแลในระยะท้ายของชีวิต[8] จึงได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อประเมินผลของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ศึกษาในจังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2568

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบขนาดประชากร[7] ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 284 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 145 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 145 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การพัฒนา เป็นกระบวนการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care: LTC) จังหวัดปราจีนบุรีอย่างต่อเนื่อง[9] โดยใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

1) วางแผน (Plan) การศึกษาสถานการณ์ในเดือนมกราคม 2568 วางแผนการดำเนินงานและทบทวนประสบการณ์การดำเนินงาน โดยเชิญผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าประชุม จำนวน 30 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ คณะทำงานผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตัวแทนจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ปฏิบัติการพัฒนา (Do) ระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2568 การออกแบบกระบวนการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการดูแลผู้สูงอายุทุกด้านแบบครบวงจร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยจัดอบรมพัฒนาเครือข่ายในการวิจัยนี้ 7 อำเภอ อบรมอำเภอละ 1 ครั้ง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแบบร่วมมือของ Kemmis และ McTaggart[10] 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาท 2) การจัดการงบประมาณ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาระบบบริการ และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

3) ตรวจสอบการดำเนินงาน (Check) ของนำระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปใช้

4) ปรับปรุงและประเมินผล (Act) ทำการตรวจสอบผลลัพธ์หลังจากการพัฒนาและประเมินผลในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2568 หลังดำเนินการแต่ละขั้นตอนตามวงจร PDCA เสร็จสิ้น

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและกิจกรรมการดำเนินการประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) ระบบการจัดการงบประมาณ 3) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) สังเคราะห์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ ส่วนที่ 1 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[11] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (15.0-20.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (20.01-40.0 คะแนน) ระดับสูง (40.01-75.0 คะแนน) ส่วนที่ 2

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[10] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ แปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (20.0-33.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (33.01-66.0 คะแนน) ระดับสูง (66.01-100.0 คะแนน) ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[11] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลรวม 90 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (18.0-24.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (24.01-48.0 คะแนน) ระดับสูง (48.01-90.0 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ประยุกต์จากการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต[12] ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ การตอบมี 9 ระดับ[10] ดังนี้ 0 ไม่ได้ทำเลย ไปจนถึงระดับ 9 ได้ทำงานลักษณะนั้นมากที่สุด การแปลผลรวม 63 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (0.0-21.0 คะแนน) ระดับปานกลาง, (21.01-42.0 คะแนน) ระดับสูง (42.01-63.0 คะแนน) ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ การตอบเป็น 5 ระดับ[11] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลรวม 145 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (29.0-48.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (48.01-96.0 คะแนน) ระดับสูง (96.01-145.0 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน[14] เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[11] คือ 1=ทำไม่ได้/ทำได้น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลรวม 130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (7.0-41.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (41.01-83.0 คะแนน) ระดับสูง (83.01-130.0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม CVI = 1 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย alpha= 0.81 ศักยภาพผู้ดูแล alpha = 0.87 และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ alpha = 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

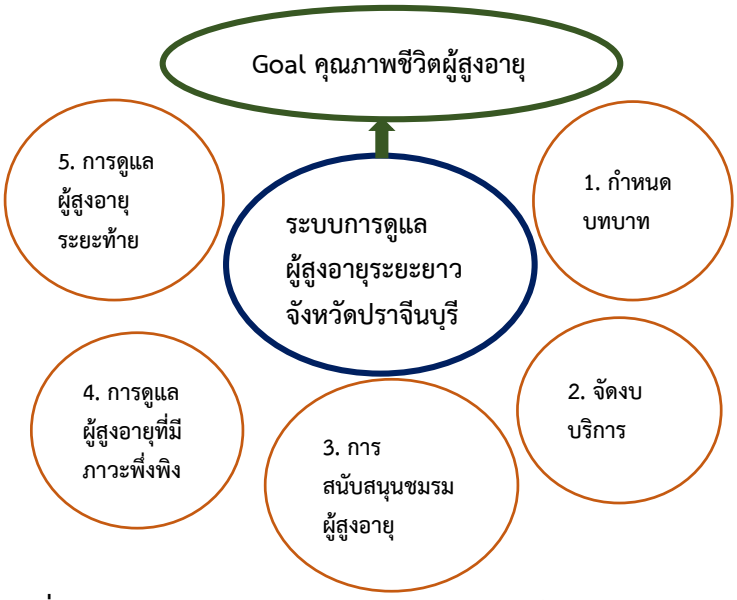
2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนุยสำคัญที่ P< 0.05 วิเคราะห์ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา กรณีข้อแจกแจงไม่ปกติ โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ โดยใช้ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี เลขที่รับรอง 004-2568 วันที่ 13 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้การขับเคลื่อนวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาการจัดการงบประมาณ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระยะท้าย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังวงรอบ (spiral of steps) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดปราจีนบุรี

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนามีการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 52.06±9.22 เป็น 52.60±9.47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.923, p= <0.001) เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ (p= 0.002) การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ (p=0.003) และการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ (p= 0.029) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=248)

การรับรู้ของเครือข่าย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	20.07±5.04	20.25±5.05	0.01-0.33	-2.190	0.029*
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	14.33±3.01	14.50±3.19	0.06-0.29	-3.103	0.002*
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	17.67±3.76	17.85±3.85	0.06-0.29	-2.986	0.003*
เฉลี่ย	**52.06±9.22**	**52.60±9.47**	**0.26-0.80**	**-3.923**	**<0.001***

*p < .05, Paired t-test

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.798, p<0.001) มากที่สุด คือ การตัดสินใจ การกระตุ้นหนุนเสริม และการขับเคลื่อนการดำเนินการ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=248)

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การพัฒนาระบบบริการ	17.48±4.18	17.66±4.32	0.03-0.31	-2.518	0.012*
การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	16.58±4.30	16.75±4.43	0.05-0.28	-2.873	0.004*
การตัดสินใจ	15.67±4.43	15.85±4.62	0.05-0.31	-2.895	0.004*
การขับเคลื่อนการดำเนินการ	16.07±4.47	16.26±4.652	0.03-0.35	-2.423	0.016*
เฉลี่ย	**65.79±15.11**	**66.52±15.69**	**0.34-1.10**	**-3.798**	**<0.001***

*p < .05, Paired t-test

ค่าเฉลี่ยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่ายโดยรวม พบว่า หลังพัฒนามีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น จาก 64.29±13.94 เป็น 64.94±14.38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.489, p=0.001) มากที่สุด คือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม (p = 0.006) รองลงมาคือ ด้านคุณค่าและประสบการณ์ (p= 0.012) และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือด้านกายภาพ (p=0.031) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่ายโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=248)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
ด้านกายภาพ	18.71±4.25	18.88±4.31	0.01-0.38	-2.173	0.031*
ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม	14.17±3.38	14.31±3.47	0.04-0.24	-2.749	0.006*
ด้านคุณค่าและประสบการณ์	13.62±3.59	13.76±3.69	0.03-0.25	-2.523	0.012*
ด้านการลดความเหลื่อมล้ำ	17.80±4.56	17.99±4.66	0.03-0.34	-2.369	0.019*
เฉลี่ย	**64.29±13.94**	**64.94±14.38**	**0.28-1.02**	**-3.489**	**0.001***

*p < .05, Paired t-test

ค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 82.86±21.21 เป็น 104.14±27.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-25.707, p< 0.001) มากที่สุด คือการดูแลการผ่อนคลายความเครียด (p< 0.001) รองลงมาคือการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (p< 0.001) และน้อยที่สุด คือการดูแลการออกกำลังกาย (p< 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยรวม งก่อนและหลังพัฒนา (n=145)

ความสามารถดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	18.23±5.48	18.88±5.58	0.32-0.97	-3.913	<0.001*
การดูแลการบริโภคอาหาร	17.48±5.16	18.11±5.40	0.30-0.96	-3.750	<0.001*
การดูแลการออกกำลังกาย	12.38±3.82	12.90±4.28	0.23-0.81	-3.610	<0.001*
การดูแลการผ่อนคลายความเครียด	11.70±3.20	12.21±3.50	0.27-0.74	-4.359	<0.001*
การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	22.40±6.66	23.14±6.77	0.34-1.14	-3.688	<0.001*
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	18.14±5.29	18.89±5.51	0.37-1.18	-3.942	<0.001*
เฉลี่ย	**82.86±21.21**	**104.14±27.54**	**19.64-22.91**	-25.707	<0.001*

*p < .05, Paired t-test

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุโดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 79.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนกับหลังพัฒนา (n=284)

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (7.0-41.0 คะแนน)	6	4.1	6	4.1
ระดับปานกลาง (41.01-83.0 คะแนน)	105	72.4	115	79.3
ระดับสูง (83.01-130.0 คะแนน)	34	23.4	24	16.6

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาการจัดการงบประมาณ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระยะท้าย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยต่อความสำเร็จ คือ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำหนดแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการและการถอดบทเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ดูแลในครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพ 3) กรรมการชมรมผู้สูงอายุ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ 5) ผู้นำชุมชน และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และการอบรม อสม.[16] การศึกษาของสุมิตรา วิชา และคณะ[17] พบว่ารูปแบบเครือข่าย มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ 4) การวางแผนงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดูแลผู้สูงอายุ

2. การรับรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ระบบขับถ่ายดี มีการพักผ่อน ช่วยให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรค ตามลำดับ หลังพัฒนาการรับรู้ของเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก มีการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เชื่อมโยงการดูแลในหน่วยบริการ ชุมชนและการส่งต่อ มีการกำหนดนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และการเข้าร่วมประชุมเสนอแนะและให้ความเห็นต่อคณะกรรมการ พชต.และผู้เกี่ยวข้อง ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง และมีการสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและตำบล จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิ พรรณ เรือนจันทร์ และ พิกุล ทิพย์ ขุนเศรษฐ[18] ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการประสานข้อมูลและแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีนโยบายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้ง ด้านการดูแลการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลการออกกำลังกาย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ จันทคาร[19] ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มุ่งเน้นไปที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติการดูแลตนเองด้านรับประทานอาหารได้เองความรู้สึก

มั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และลดความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน จาก ตามลำดับ จึงทำให้หลังพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมชมรมและการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว[20]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ต้องดำเนินเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ หลังพัฒนาเครือข่ายมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ชุมชน เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้ร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน/การวางแผนและพัฒนาระบบเครือข่าย ด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บุคลากรผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูและอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand’s leadership and innovations towards healthy ageing 2023. [Internet] [cited 2024 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/thailand
2. United Nations. The world's population [internet]. 2025. [cited 2025 Feb. 2]. Available from: https://www.un.org › observances
3. กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, อรัญญา นามวงศ์. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563;17(2):581-95.
4. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://doc.anamai.moph.go.th
5. มิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธณกฤษ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
6. บุญญาพร ติ๊บอุตม, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, ปิยะนารถ จาติเกตุ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2563; 10(2): 8-24.
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ดูแล ผู้สูงวัย อย่างไรให้สุขกายสบายใจ [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.dop.go.th
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. ข้อมูล HDC จังหวัดปราจีนบุรี [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://prachinburi.pri.moph.go.th/cont
9. ปรีดี นุกูลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www.qualtrics.com
10. ศูนย์พัฒนาธุรกิจเพื่อความยั่งยืน. หลักการและแนวคิดการพัฒนาองค์กรสู่ความยั่งยืน. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://setsustainability.com
11. Kemmis S, Mc Taggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.

12. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
13. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
14. ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 187-97.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
16. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-13.
17. สุมิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธณกฤษ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
18. สิทธิพรรณ เรือนจันทร์, พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. Nurs Res Inno J. 2023; 29(1): 71-87.
19. จุรีรัตน์ จันทคาร. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา [อินเตอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skho.moph.go.th
20. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ 2562; 11(2); 118-32.