

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ Development of long-term care model for the elderly with dependency

Namon Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 28,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

ปริยวดี บุญไชโย¹

Preeyawadee Boonchaiyo¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาพัฒนาและใช้รูปแบบการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการศึกษาระหว่างตุลาคม 2566 - ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 69 คน เชิงปริมาณผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการพัฒนาแบบ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคัดกรองการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบการประเมินความเศร้า (TGDS) แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหาแบบสามเสา เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired-t test

ผลการศึกษา กระบวนการพัฒนา12 รูปแบบสำคัญดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 2) จัดทำ care plan ทุกราย 3) เยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) จัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ 6) มีนโยบายและกิจกรรมโครงการที่ครอบคลุม 7) บูรณาการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ 8) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 9) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล 10) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ 11) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ 12) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ ผลลัพธ์ของรูปแบบส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย (ADL) และจิตใจ (TGDS) ดีขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระดับความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.18, 8.13, 6.26, 5.18$)

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้สูงอายุ, การดูแลระยะยาว, ภาวะพึ่งพิง

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to study problems and development model for long-term care model for elderly in dependent group at Namon Hospital, Kalasin Province. Study was conducted between October 2023 and October 2024. Qualitative sample consisted of 69 health network personnel and 60 quantitative samples of homebound and bedridden elderly. Research tools used in the study included semi-structured questions for model development, general information interview forms, daily living screening assessment forms (ADL), depression assessment forms (TGDS), quality of life assessment forms, and satisfaction assessment forms. Qualitative data were analyzed using triangular content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and paired-t test before and after comparisons.

Results of the study Development process12 The important models are as follows: 1) Screening the elderly comprehensively 2) Creating a care plan for every case 3) Holistic visits by a multidisciplinary team 4) Creating community participation 5) Organizing a continuous service system that coordinates at all levels 6) Having comprehensive policies and project activities 7) Integrating support from other agencies 8) Promoting exercise in the elderly 9) Promoting knowledge in the elderly and caregivers 10) Promoting careers and income for the elderly 11) Supporting environmental management in the elderly's home 12) Supporting mental health care The results of the models resulted in better physical (ADL) and mental (TGDS) health in the elderly, better quality of life, and better satisfaction, with statistical significance at the .05 level ($t = 6.18, 8.13, 6.26, 5.18$).

Keywords: Nursing the elderly, Long-term care, Dependency

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนามน

บทนำ

ในปัจจุบันผู้สูงอายุในระดับประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี 2566 พบผู้สูงอายุที่เป็นภาวะพึ่งพิงประมาณหกพันล้านคนประเทศไทย¹ ในปี 2564-2566 พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.32 ร้อยละ 10.62 และร้อยละ 11.28 ตามลำดับ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้นและเป็นภาระในระบบสาธารณสุข จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพบภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจำต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวตามข้อตกลงสหประชาชาติ² การที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2570 คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 24 และคาดการณ์ว่าประชากรรวมในปี 2583 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 อายุเฉลี่ยของหญิงไทย จะเพิ่มเป็น 78.42 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.65 ปี จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2563 พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 22.34

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม ในปี 2564 พบอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุร้อยละ 31.25 ได้รับการดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลเพียงร้อยละ 3.36 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มาจากโรคติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมักมีภาวะทุพพลภาพตามมา³ ขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นและตามมาด้วยการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมถึงสมรรถนะทางกายและสมอง ส่งผลให้ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น จากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึง

จำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลและต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านมีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล ที่ไม่เพียงพอทั้งยังขาดความรู้และทักษะ ขาดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลที่บ้านรวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานร่วมกับชุมชน⁴

จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 162,624 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ของประชากรทั้งหมด⁶ เป็นเพศชาย 72,581 คน ร้อยละ 44.62 เพศหญิง จำนวน 90,043 คน ร้อยละ 55.37 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์มุ่งเน้นนโยบายในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการ และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุยังพบปัญหาความไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็นทั้งหมด โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงรุก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพิ่มคุณค่าในสังคมอย่างเป็นรูปธรรมให้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ความเป็นอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจและสังคมลดลง⁵

อำเภอนามน นับว่าเป็นอำเภอที่มีอายุคาดเฉลี่ยสั้นที่สุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีอายุคาดเฉลี่ยปี 2565 อยู่ที่ 72.08 ปี และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีอยู่ที่ 66.52 ปี นับว่าเป็นเกณฑ์ต่ำกว่าระดับจังหวัด ระดับเขต ซึ่งในระดับประเทศมีอายุคาดเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 85 ปี และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 75 ปี ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำนวน 8 คน กลุ่ม ติดบ้าน 34 คน และติดสังคม 1,117 คน รวม 1,159 คน⁵ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุในอำเภอนามน โดยการยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย

เรื่องร้องหรือการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไปที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลสุขภาพผ่านชุมชน มีผู้จัดการสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ หรือ Care Manager และการมีผู้อาสาดูแลผู้สูงอายุ หรือคนทั่วไปที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ที่สามารถลงพื้นที่ไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้านได้ หรือ Care giver ซึ่งเป็นระบบชุมชนเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และต้องเน้นป้องกันและดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและคัดกรองหาความเสี่ยงเข้าสู่ระบบการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และมีผู้ศึกษาน้อยทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตรงตามบริบทของอำเภอนามน เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ตรงกับบริบทท้องถิ่นเป็นแนวผลักดันร่วมกับบุคลากรในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Research and development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอนามน จำนวน 105 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลนามน ผู้มีภาวะติดบ้านติดเตียงจำนวน 283 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอนามน ได้แก่ care manager 15 คน , care giver 15 คน , อาสาสมัครสาธารณสุข 15 คน ผู้นำชุมชน 15 คน , เจ้าหน้าที่จาก อปท. จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์ 1 คน รวมจำนวน 69 คนคัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากรได้จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มในการการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยได้มีการจัดกิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) การถอดบทเรียนบริบทพื้นที่ของผู้สูงอายุในชุมชน สรุป จัดจำแนกปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน และบริบทในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการกำหนด

กิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของ
ผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมิน
คัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
(ADL) 3) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย
(TGDS) 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต และ 5) แบบ
ประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่
ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้
ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สทนากลุ่ม
แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative
content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความ
หลากหลายความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการ
ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์
เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็น
ประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ
ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล
หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูล
ให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) คุณภาพชีวิต และ
ความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาล
นวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ได้รับการรับรองจริยธรรม
งานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่
KLS.REC 28/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลการพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มี
ภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์

1.1 เชิงคุณภาพ สถานการณ์ปัญหาอำเภอนา
มม มีปัญหาเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล มีอาการ
เดินลำบาก การอยู่การกินค่อนข้างลำบาก เบี้ย
ผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ส่วนมากร้องขอให้ปรับเบี้ย
ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจุบัน 600-800 บาทนั้นไม่
เพียงพอ ในบางพื้นที่อยากให้รัฐ และท้องถิ่นช่วย
สนับสนุนอาชีพเล็กๆน้อยๆในผู้สูงอายุ มีความ
ต้องการอยากได้ครอบครัวที่อบอุ่น ส่วนมากมีวิถีชีวิต
อยู่บ้านเลี้ยงหลาน นิยมอยู่บ้านเฉยๆไม่ค่อยมีรายได้
ไม่ค่อยมีงาน อาศัยเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ และเงินจาก
ลูกหลาน ในกลุ่ม 60-70 ปี พบว่ายังทำงานได้ เช่น
ทำนา ทำไร่ ปลุกผักขาย 70-79 ปี จะเริ่มมีปัญหาโรค
เรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเดิน
ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น กลุ่มนี้ ต้องการผู้ดูแล
และค่าใช้จ่ายในการเดินทางพบแพทย์ ในระยะนี้เริ่ม
มีผู้เสียชีวิตมากที่สุด ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุจะ
ไม่ทำงาน นิยมอยู่บ้าน มีส่วนน้อยที่เริ่มมีภาวะสมอง
มีความรู้สึกเหงาบ้างในบางเวลา ต้องการระบบการ
ดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากท้องถิ่น เช่น คนดูแลในกรณีที่ไม่
มีญาติ ผู้สูงอายุติดเตียง คาดหวังผู้ดูแลที่มีความรู้
ดี ทักษะดี พึ่งพาได้ ต้องการให้มีรถรับส่งบริการ
ผู้สูงอายุในชุมชน ต้องการระบบโทรศัพท์ฉุกเฉินที่
ติดตั้งในบ้านผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐลงไปดู
สิ่งแวดล้อม บ้าน ห้องน้ำ ระบบอำนวยความสะดวก
ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทาง หรือ อยู่ตามลำพัง มี
ความต้องการอยากให้ผู้บริจาคนอกจากไปทำบุญที่
วัดแล้ว นอกจากบริจาคสิ่งของเข้าวัด อยากให้ช่วย
บริจาคชุดขาวให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรมด้วย มีความ
ต้องการไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน แว่นตา อาหารเสริม
นม น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม ไข่ ข้าวสาร ไว้ประกอบ
อาหารไว้กินเอง ต้องการเครื่องนุ่งห่มบ้างในฤดูหนาว
และฝน

1.2 เชิงปริมาณผู้สูงอายุในชุมชนนวมิน
จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็น
เพศหญิงจำนวน 38 คน ร้อยละ 63.33 รองลงมา เพศ
ชาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 ช่วงอายุส่วนมาก
71-75 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมาช่วง
อายุ 65-70 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 20.00 และ ช่วง

อายุ 76-80 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.33 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงานอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 30 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาหม้าย จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 และ โสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากไม่เรียนหนังสือ จำนวน 28 คน ร้อยละ 46.67 รองลงมาประถมศึกษา จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 และมัธยมศึกษา จำนวน 5 คน ร้อยละ 8.33 อาชีพ ส่วนมากว่างงานดูแลบ้าน จำนวน 44 คน ร้อยละ 3.33 รองลงมาทำนา จำนวน 10 คน ร้อยละ 16.67 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 โรคประจำตัวร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 42 คน ร้อยละ 70.00 รองลงมาป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 38 คน ร้อยละ 63.33 และ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ปัญหาของผู้สูงอายุ ส่วนมากปวดเข่า จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมาเดินลำบาก จำนวน 35 คน ร้อยละ 58.33 และด้านความจำ จำนวน 16 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลสนาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 12 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 2) จัดทำ care plan ทุกราย 3) เยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) จัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ 6) มีนโยบายและกิจกรรมโครงการที่ครอบคลุม 7) บูรณาการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ 8) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุด้วยการ ลำไม้พอง บาสโลบ แอโรบิก รำมวยไทยตามฉบับนายเขตสียาภัย 9) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วยการใช้น้ำมันสมุนไพร 11 สหาย การแต่งกลอนลำให้ความรู้ ด้วย หมอลำ Stroke 10) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ สนับสนุนงานง่ายๆ เช่น การตากใบยาสูบ การบรรจุใบยาสูบ สนับสนุนการเลี้ยงสัตว์ที่ผู้สูงอายุทำได้ เช่น การเลี้ยงไก่ การ

เลี้ยงตักแตน 11) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ ปรับปรุงบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แวนตา สนับสนุนอุปกรณ์ประกอบอาหาร เช่น ข้าวสาร ไข่ อาหารเสริม เช่น นม น้ำดื่มสะอาด โดยบูรณาการร่วมกับโครงการคนนามนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังร่วมกับนายอำเภอ นามน และ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ผ่านการอบรมและจบจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 12) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ เช่น การประเมิน 2Q, 9Q TGDS สนับสนุนการบริจาคชุดขาวเพื่อให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรม

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลสนาม จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) มีค่า 9.49 คะแนน (SD 2.32 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) มีค่า 20.22 คะแนน (SD 2.46 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลสนาม จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.18$) ดังตาราง 2

3.2 ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) มีค่า 8.92 คะแนน (SD 1.28 คะแนน) อยู่ในระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) มีค่า 3.62 คะแนน (SD 1.45 คะแนน) อยู่ในระดับไม่มีภาวะ การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.13$) ดังตาราง 2

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต ผลการทดสอบ คะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต มีค่า 2.61 คะแนน (SD 1.36 คะแนน) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิตมีค่า 4.58 คะแนน (SD 1.46 คะแนน) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยการประเมิน

คุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.26$) ดังตาราง 2

3.4 การประเมินความพึงพอใจ ผลการทดสอบ คะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีค่า 3.12 คะแนน (SD 1.28 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีค่า 4.28 คะแนน (SD 2.26 คะแนน) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.18$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในผู้สูงอายุ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

รายการ	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)					
ก่อนการพัฒนา	9.49	2.32	ปานกลาง	6.18	.001*
หลังการพัฒนา	10.36	2.46	ปานกลาง		
ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)					
ก่อนการพัฒนา	8.92	1.28	เริ่มซึมเศร้า	8.13	.001*
หลังการพัฒนา	3.62	1.45	ไม่มีภาวะ		
การประเมินคุณภาพชีวิต					
ก่อนการพัฒนา	2.61	1.36	น้อย	6.26	.001*
หลังการพัฒนา	4.58	1.46	มาก		
การประเมินความพึงพอใจ					
ก่อนการพัฒนา	3.12	1.28	ปานกลาง	5.18	.001*
หลังการพัฒนา	4.28	2.26	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์สุขภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนนามน บริบทอำเภอนามน ส่วนมากมีวิถีชีวิตอยู่บ้านเลี้ยงหลาน นิยมอยู่บ้านเฉยๆไม่ค่อยมีรายได้ ไม่ค่อยมีงาน อาศัยเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ และเงินจากลูกหลาน บางกลุ่มยังทำงานได้ มีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเดิน ภาวะสมองเสื่อม

การมองเห็น ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี สถานภาพส่วนมาก แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา อาชีพส่วนมากว่างงาน/ดูแลบ้าน โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ไตเรื้อรัง ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน ผู้สูงอายุชุมชนนามน สอดคล้องกับ สุমন โพนสา⁶ การที่ปัญหาเรื่องการเดินทาง รายได้เบี้ยผู้สูงอายุไม่

เพียงพอ คนดูแลในกรณีที่ไม่มียาติ ผู้สูงอายุติดเตียง คาดหวังผู้ดูแลที่มีความรู้ดี ทักษะดี ต้องการระบบ โทรศัพท์ฉุกเฉินที่ติดตั้งในบ้านผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐช่วยเรื่องบ้านและสิ่งแวดล้อม อยากให้ช่วยบริจาค ชุดขาวให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรมด้วย มีความต้องการอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แวนตา อาหาร อาหารเสริม ไว้ประกอบอาหารไว้กินเอง ต้องการเครื่องนุ่งห่มบ้างในฤดูหนาวและฝน ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากเดินลำบาก ปวดเข่า และการมองเห็น ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง และภาวะพึ่งพิงรุนแรง ตามลำดับ การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ จินต์ประวีร์ เจริญนิมิต⁷ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 12 รูปแบบ สำคัญดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 2) จัดทำ care plan ทุกราย 3) เยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) จัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ 6) มีนโยบายและกิจกรรมโครงการที่ครอบคลุม 7) บูรณาการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ 8) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 9) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล 10) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ 11) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ 12) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ สอดคล้องกับ ปฏิภาณี ชันธโกศ และคณะ⁸ ผลลัพธ์ของรูปแบบส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย (ADL) และจิตใจ (TGDS) ดีขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระดับความพึงพอใจดีขึ้น สอดคล้องกับ อรุณ วงศ์วัฒนาเสถียรและคณะ⁹ และสอดคล้องกับ ชีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ควรเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและบูรณาการกับทุกภาคส่วน จึงจะประสบผลสำเร็จได้
2. ควรมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุและสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโครงการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุงบประมาณแผ่นดิน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมผ่าน สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 ที่มอบทุนสนับสนุนโครงการวิจัย หมายเลขโครงการที่ 90/2567 ขอขอบคุณ สำนักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ที่มอบทุนสนับสนุนโครงการวิจัย และขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน ในการให้พื้นที่ในการศึกษารวมถึง เจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อปท. อสม. ในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. โรงพิมพ์วชิรวิทย์ พี.พี. นนทบุรี. 2566.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566. จาก <http://www.nso.go.th>.
3. จันทน์พิญ ชูประภาวรรณ. บรรณาธิการ : สถานะสุขภาพคนไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566 จาก <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report27.pdf>
4. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2560, แหล่งที่มา <https://goo.gl/2N4SLn>
5. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566. สืบค้น 8 สิงหาคม 2566. จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
6. สุমন โพนสาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาล ตำบลกุดลิ้ม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(2): 621-630.
7. จินต์ประวีร์ เจริญนิม. รูปแบบกระบวนการถ่ายทอดศักยภาพภูมิปัญญาของผู้สูงอายุสู่ชุมชนและสังคมที่ยั่งยืน. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2565.
8. ปฎิภาณี ชันธโคก และคณะ. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับการรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลรางจระเข้ อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565; 9(2): 220-234.
9. อรุณข วงศ์วัฒนาเสถียร และคณะ. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารราชพฤกษ์. 2563; 18(2): 128-136.
10. อีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(4): 665-671.