

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

Development of health care model for elderly people living alone in the area under the responsibility of Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promotion Hospital, Buachet District, Surin Province.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

สุทร สุชรอบ¹
Suthorn Sukrop¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คนและ (2) ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ทดลองใช้รูปแบบจำนวน 55 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – มีนาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมี 5 กิจกรรม คือ 1) การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 3) มีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ และ 5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพกาย และ ด้านสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพ

Abstract

Action research aimed to develop and evaluate the use of health care models for the elderly living alone in the area of responsibility of Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promoting Hospital, Buachet District, Surin Province, according to the concept of Kemmis and McTaggart. The purposive sampling group consisted of 2 groups: (1) a sample group for collecting qualitative data and developing a health care model for the elderly living alone, purposively selecting 12 people and (2) 55 elderly living alone to test the model. They participated in the research process at Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promoting Hospital between August 2024 and March 2025. Quantitative and qualitative data were collected from questionnaires and focus group discussions.

The results of the study found that the health care model for the elderly living alone consisted of 5 activities: 1) Preparing communities by promoting knowledge and understanding about coping with the problems of elderly people living alone ; 2) Community participation in the health care of the elderly living alone; 3) Having peers as informal caregivers; 4) Support and assistance from various organizations; and 5)

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

Promoting self-care according to life management methods and dependency on a case-by-case basis in terms of daily life. Physical health and mental health continuously. After the trial of the model, it was found that opinions on the behavior of self-care of the elderly and the practice of self-care behavior of the elderly, overall, had a statistically significant increase in the mean difference. As for anxiety and depression, the mean difference decreased significantly ($p\text{-value} < 0.05$).

Keywords: Elderly people living alone, Model development, health care model

บทนำ

ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 20.70 จากประชากรทั้งหมด นั่นหมายความว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด¹ นอกจากนี้ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยได้เปลี่ยนไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นวัยอาศัยอยู่ด้วยกัน ขนาดครัวเรือนไทยได้เล็กลง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเริ่มส่งสัญญาณที่ชัดเจนมากขึ้นในเรื่องการไม่มีผู้ดูแลในบั้นปลายชีวิต ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจและสังคม จากเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เพิ่มมากขึ้น² ด้านลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส

ร้อยละ 22.6 และ น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.9 อย่างไรก็ตาม ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567³ สาเหตุที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากบุตรไปทำงานนอกบ้าน ไปทำงานต่างจังหวัด แยกย้ายไปมีครอบครัว และเสียชีวิต หรือคู่สมรสเสียชีวิต ไปทำงานนอกบ้าน ไปปฏิบัติธรรม ไปอยู่กับบุตรเพื่อเลี้ยงหลาน หรือผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้จึงไม่ต้องการความช่วยเหลือของบุคคลอื่น และไม่มีบุตรหลาน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ⁴

ในปี 2566 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 260,303 คน (ร้อยละ 19.05) กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 22,971 คน (ร้อยละ 8.82) นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ระหว่างขอรับการดูแลมากถึง 4,687 คน (ร้อยละ 1.80)⁵ ในปี 2567 อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 4,696 คน (ร้อยละ 17.43) แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 91.57 7.82 และร้อยละ 0.67 ตามลำดับ พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 481 คน (ร้อยละ 18.42) และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 55 คน (ร้อยละ 11.43) โดยพบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย⁶ และ เมื่อศึกษา

ข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังพบว่า ร้อยละ 43.3 มีปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นับเป็นตัวเลขที่สูงสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยที่สุดคือความเหงา สูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง รองลงคือปัญหาไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ปัญหาด้านการเงินที่ต้องเลี้ยงชีพ ร้อยละ 15.7 และร้อยละ 5.3 ไม่มีลูกหลานช่วยแบ่งเบาภาระภายในบ้าน⁷ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุข จำเป็นต้องมีการพึ่งพิงในหลายมิติเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ระดับกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน สุขภาวะส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัว การกลั้นปัสสาวะ เป็นต้น จนกระทั่งถึงการพึ่งพิงด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รายได้ทางเศรษฐกิจ สังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการดูแล และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงทางสังคมอย่างยาวนานและกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย

ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน เน้นการเข้าถึงระบบสุขภาพและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังต้องใช้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ภายใต้อำนาจจำกัดของร่างกายที่เสื่อมถอยลง สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป และยังคงมีความต้องการที่จะต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบกับในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะ

บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ โดยดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁸ ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ (PAOR) ซึ่งผลที่ได้จะมีประโยชน์ในการวางแผนดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้หลัก PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁸ ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และผู้นำศาสนา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ตัวแทนประธานชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน 2 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ครูจิตอาสาประจำโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจาก รพ.สต. 2 คน อสม. 2 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และผู้นำศาสนา (เจ้าอาวาส) 1 รูป

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ทั้งหมด จำนวน 55 คน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 8 ข้อ การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผน ปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประเภทผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน **ส่วน**

ที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า มี 3 ระดับ แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และ ระดับน้อย ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 27 ข้อ มี 3 ระดับ แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และ ระดับน้อย ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 **ส่วนที่ 4** แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัด เท่ากับ 0.89⁹ **ส่วนที่ 5** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.93¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม 2567 – มีนาคม 2568 โดยมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ผู้วิจัยจะสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน สังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพ ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. ภาควิชาใน พื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับชุมชน การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การกำหนดกิจกรรมและวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่ม วางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนที่พบผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เป็นหลัก ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ(A) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโดยใช้องค์ประกอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาศัยอยู่ตามลำพังในพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการผู้สูงอายุตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่เพิ่มรายละเอียดการจัดการปัญหาการรายกรณี โดยมุ่งเน้นในด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ข้อปฏิบัติของญาติหรือชุมชนในการช่วยดูแลสุขภาพ การสร้างความร่วมมือของชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง ผ่านเวทีสนทนากลุ่มย่อยตามประเด็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการจัดสนทนากลุ่มย่อย ได้จัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบเลือกรูปแบบ และเตรียมความ

พร้อมการทดลองใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 นำเสนอการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(O) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ติดตามผลการดูแลสุขภาพ ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังหลังจากทดลองใช้รูปแบบแล้ว 3 เดือน และสรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(R) เป็นกิจกรรมที่รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่ในชุมชน ให้เหมาะสมตามแต่ละบริบทพื้นที่

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ขั้ววางแผน สถานการณ์ผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ในปี 2567 มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 481 คน (ร้อยละ 18.42) แบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ทั้งหมด 48 คน คิดเป็นร้อยละ 9.98 และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย 55 คน (ร้อยละ 11.43) จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพคล้ายๆกันกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ปัญหาที่พบมากในพื้นที่คือ การรับประทาน อาหาร มีปัญหาเรื่องฟัน บางรายมีอาการปวดฟัน บ่อย และไม่มีฟันปลอมเนื่องจากไม่มีเงิน ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือเคี้ยวลำบาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.45 มีความสามารถในการจัดหาอาหารตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยสามารถเดินทางไปแหล่งค้าขายอาหารเองได้ การจัดการความเครียดและการทำงานอดิเรก พบว่า ผู้สูงอายুর้อยละ 90.90 มีภาวะเครียดจากการอยู่คนเดียว เพราะไม่มีเพื่อนช่วยคิดเวลาที่มีปัญหา คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ จนบางรายเกิดภาวะซึมเศร้า และเป็นภาระให้คนอื่นต้องคอยช่วยเหลือ ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน รดน้ำต้นไม้ ปลุกต้นไม้ หรือรับจ้างในชุมชนเพื่อหารายได้เสริม เป็นต้น ด้านการได้รับสวัสดิการ ผู้สูงอายুর้อยละ 100 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลจรัส ที่เป็นหน่วยงานราชการหลักในพื้นที่ที่ให้การดูแลตามสิทธิ

แต่ยังไม่เพียงพอ ด้านสุขภาพจะได้รับการบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ต้องการมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในโดยมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ บริบทของพื้นที่ สภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน การดูแลของเพื่อนบ้าน ชุมชน และปัญหาที่เกิดขึ้น การพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และบริการทางสังคมของภาครัฐและชุมชนท้องถิ่น และหารูปแบบในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบท

2. การลงมือปฏิบัติงาน จากการเตรียมความพร้อมของชุมชน การระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งในระดับชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่ผู้มีส่วนได้เสียปฏิบัติร่วมกัน แบ่งออกได้เป็น 5 กิจกรรม ดังนี้ (1) การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (2) การมีส่วนร่วมในชุมชนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (3) พัฒนาเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ และ (5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี โดยมีประเด็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิง คือ 1) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน 2) ด้านสุขภาพกาย และ 3) ด้านสุขภาพจิต

3. การสังเกตผล เป็นการทดลองใช้และประเมินผล การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้

3.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 มีสถานเป็นหม้าย ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 72.20 ปี (SD.=7.23 ปี) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.18 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ เฉลี่ยน้อยกว่า 1000 บาท/เดือน และไม่เพียงพอ ร้อยละ 80.00 โรคประจำตัวที่เป็นมากคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.27 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.36 มีเพื่อนบ้านเป็นผู้ดูแล

ร้อยละ 45.45 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 80.00 และผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00

3.2 ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=55)			หลังการทดลอง (n=55)			Mean diff (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ								
1.การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	2.14	0.47	ปานกลาง	2.52	0.32	มาก	0.38 (0.23 - 0.53)	<0.001
2.สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ	2.16	0.65	ปานกลาง	2.46	0.45	มาก	0.31 (0.09 - 0.52)	0.0022
3.แรงสนับสนุนจากสังคม	2.35	0.26	มาก	2.77	0.24	มาก	0.42 (0.32 - 0.51)	<0.001
4.แรงสนับสนุนจากบุคลากรทาง การแพทย์	2.37	0.45	มาก	2.81	0.33	มาก	0.48 (0.26 - 0.69)	<0.001
5.การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของ ผู้สูงอายุ	2.14	0.74	ปานกลาง	2.35	0.66	มาก	0.21 (-.05 - 0.47)	0.0596
6.การรับรู้ในเรื่องของการดูแล สุขภาพตนเอง	1.86	0.85	ปานกลาง	2.75	0.36	มาก	0.89 (0.64 - 1.13)	<0.001
โดยรวมความคิดเห็น	2.17	0.57	ปานกลาง	2.61	0.39	มาก	0.44 (0.25 - 0.62)	<0.001
การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ								
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.14	0.57	น้อย	2.31	0.37	ปานกลาง	1.17 (0.98 - 1.35)	<0.001
2.พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	1.16	0.45	น้อย	2.30	0.35	ปานกลาง	1.14 (0.98 – 1.29)	0.0022
3.พฤติกรรมด้านการจัดการกับ ความเครียด	1.35	0.46	น้อย	2.37	0.33	มาก	1.02 (0.86 – 1.17)	<0.001

4.พฤติกรรมด้านการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อม	1.56	0.35	น้อย	2.31	0.48	ปานกลาง	0.75 (0.59 - 0.90)	<0.001
5.พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองใน ภาวะเจ็บป่วย	1.86	0.94	ปานกลาง	2.44	0.46	มาก	0.58 (0.30 - 0.85)	0.0596
โดยรวมการปฏิบัติพฤติกรรม	1.41	0.55	น้อย	2.34	0.33	ปานกลาง	0.93 (0.75 - 1.10)	<0.001
ภาวะวิตกกังวล	11.78	6.57	ปานกลาง	8.31	3.37	เล็กน้อย	3.47 (1.49 - 5.44)	<0.001
ภาวะซึมเศร้า	19.54	5.45	ปานกลาง	14.12	4.35	เล็กน้อย	5.42 (3.55 - 7.28)	0.0022

4. การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ตามรูปแบบ 5 ขั้นตอน ผ่านการประชุมผู้นำชุมชนในท้องถิ่น และผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนพื้นที่ตำบลจรัส ซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่ผู้วิจัยนำเสนอ และได้เสนอสิ่งที่ เป็นข้อจำกัดและเป็นจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวาระต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน ในปี 2567 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 55 คน (ร้อยละ 11.43) โดยพบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย อีกทั้งยัง มีปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 43.3⁶ จากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁸ พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 5 กิจกรรม คือ 1) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนและผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตาม

ลำพัง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 3) มีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ และ 5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพกาย และ ด้านสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง

การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นการสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญอยู่และที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านในพื้นที่ จะต้องรับรู้ถึงสาเหตุที่ต้องอยู่ตามลำพัง ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ ผลกระทบจากการอยู่ตามลำพัง ความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของแต่ละคน เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน ความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกันนิษฐา มาเห็ม และคณะ¹¹ ที่ได้เสนอแนวทางการรับมือจากชุมชนที่พึงทำได้ เช่น การจัดพื้นที่สาธารณะออกกำลังกายที่เพียงพอและปลอดภัย การส่งเสริมโภชนาการ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้อย่างทั่วถึง สนับสนุนการพัฒนางานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น การทำงานจากบ้าน หรือการทำงานที่มีความยืดหยุ่นในเวลา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตาม

ความสามารถและสุขภาพของตน ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งด้านการดูแลระดับประครองตามอาการ การเยี่ยมบ้าน ด้านสภาพความเป็นอยู่ และเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเกื้อหนุน ครอบคลุมทุกด้าน⁴ ข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือการมีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่เปิดโอกาสให้เพื่อนผู้สูงอายุหรือเพื่อนร่วมวัยได้ดูแลเพื่อนกันเอง มีความไว้วางใจกัน ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีมิตรภาพที่ดี ช่วยเหลือพึ่งพาท่อกัน โดยเป็นผู้ให้การดูแลรอง (Secondary caregiver) ทำหน้าที่ช่วยผู้ให้การดูแลหลักแค่บางส่วนเท่านั้น เช่น มีหน้าที่พาผู้ได้รับการดูแลไปพบแพทย์ตามนัด หรือมาดูแลแทนผู้ให้การดูแลหลัก บางช่วงเวลา การเยี่ยมเยียน พบปะพูดคุยตามประสาเพื่อนกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะเป็นผู้เลือกเพื่อนร่วมวัยเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของกิริติ กิจธีระวุฒิมัง และคณะ¹² ที่พบว่า เพื่อนร่วมวัยสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพที่เสียไปได้ ในด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องรายได้ ส่วนใหญ่ได้จากการประกอบอาชีพ ค่าขาย อสม. การสนับสนุนจากบุตรหลานญาติ (ประจำ/ครั้งคราว) ตลอดจนเบี้ยยังชีพ ซึ่งไม่เพียงพอ กระทบต่อความมั่นคงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา สังวร และคณะ¹³ จึงต้องส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านการเงินและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ได้แก่ 1) ด้านการใช้

ชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด คือผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-78 ปี) และ กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือและมีภาวะพึ่งพิงมากคือ ผู้สูงอายุตอนปลาย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลแยกเป็นรายกรณี ส่วนผู้สูงอายุตอนต้น ทุกคนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ส่วนชีวิตประจำวันของบุคคล ด้านอื่นๆ ย่อมขึ้นอยู่กับอุปนิสัย วิธีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำ เป็นต้น 2) ด้านสุขภาพกาย เนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จึงมีปัญหาสุขภาพแทบจะทุกระบบของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องจัดการชีวิตและพึ่งพิงปรับตัวตามสภาพวัย และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นด้วยการปฏิบัติตนโดยทั่วไปเพื่อป้องกัน รักษา และระดับประครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้กายอุปกรณ์ช่วยพยุงการเคลื่อนไหวทรงตัว การจัดหาฟันปลอมและการจัดกล่องยาโรคประจำตัวไว้โดยเฉพาะ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา แสนสีหา และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 94 มีความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและฟัน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ควรมีการจัดหาฟันปลอมให้ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริวรรณ จิตตปารณีรัชต์ และคณะ¹⁵ ดังนั้น การพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งระดับชุมชน ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ที่ต้องให้การดูแลด้านสุขภาพ และ 3) ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมักเกิดอารมณ์เหงา สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา^{13, 14, 16, 17} อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายได้พยายามปรับตัวจัดการกับอารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ที่มากกระทบจิตใจตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทำจิตใจให้ร่าเริง ไม่เครียด จึงจำเป็นต้องทำ

กิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก เช่น การออกกำลังกาย การทำสวน เลี้ยงสัตว์ เข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของชมรม การปฏิบัติงานช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองทำได้ หรือเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาวัฒนธรรมประเพณีในเขตชุมชน จะช่วยลดปัญหาความเหงา ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ โดยภาคีเครือข่าย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ รพ.สต. จะเป็นหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หน่วยงานและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คือ ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมวัย อสม. รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ซึ่งยังต้องดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น จากการประเมินผลหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่าความคิดเห็นต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. วรางคณา บุตรศรี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2565;6(3):57-70.
2. The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly 2018. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd.; 2019.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
4. กมลภู ธนอมสัตย์. การดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง:กรณีศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):1-12.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567 [Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขปี 2567 สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ 2567.
7. Manorat P, Suthana P. Model of a volunteer mental network to improve mental health in the elderly living alone. Uttaradit: Boromarajonani college of Nursing Uttaradit; 2012.

ทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังนั้นรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังดีขึ้น เพราะทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกันพัฒนาและนำไปใช้จริงในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ กันทะ¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ จัดให้มีผู้ดูแลอย่างพอเพียง
2. ควรมีการพัฒนาแบบจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, แสงเดือน พรหมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิกา นาไวย้, วราภรณ์ ยศทวี. คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(3):61-71.
10. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS). สารศิริราช 2537;46(1):1-9.
11. กันนิษฐา มาเต็ม, ปิยนุช ภิญโญ, รัชนี พงนา, ภาสินี ไทอินทร์, พัฒน์ ศรีโอสถ. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย : การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;3(2):138-47.
12. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):15-24.
13. สุจิตรา สังวรรณ, ดุษฎี จันทบุศย์, รัชนี ศรีสุทธิสัมพันธ์, ทศนีย์ วิจารณ์วัตร, จิรณัฐดา มีมุข. การมีส่วนร่วมของภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2561;15(2):28-39.
14. ถัดดา แสนสีหา, จินตนา ลีละไกรวรรณ, นิตยา จันทบุตร, ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, ทิพย์สุดา ธรรมลาภากุล, อรุณี สุวรรณโชค. ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;16(1):114-27.
15. ศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์, สายพิน หัตถ์รัตน์, จิตติมา บุญเกิด, เรือนขวัญ กัณหสิงห์. ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพังในเขตเมืองวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร:การศึกษาเชิงคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(4):438-44.
16. กาญจนา ปัญญาธร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2561;1(2):33-8.
17. มธุรส สว่างบำรุง, ธีรยุทธ วิสุทธิ. การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(1):128-42.
18. ทิพย์รัตน์ กันทะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):451-9.