



การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าตองอำเภอเกาะทุ่ง จังหวัดภูเก็ต

รัชณี รัตนเมืองเพ็ญวิ¹, ขนิษฐา พรหมกระโทก²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าตอง อำเภอเกาะทุ่ง จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านและสมาชิกครอบครัว จำนวน 28 คน ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการประชุมกลุ่ม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน (CVI = 0.90, KR₂₀=0.85) แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI (Reliability = 0.73) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เกิดกระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการออกแบบและวางแผนกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ สะท้อนผล และพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ พบว่าการพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 71.43 เป็น 89.36 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.00 เป็น ร้อยละ 100 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ประกอบด้วย 1) นวัตกรรม “ที่จับช้อน” สำหรับผู้สูงอายุกลืนเนื้อแข็งอ่อนแรง 2) ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายผู้สูงอายุ 3) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะ ควรติดตามการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องและควรสนับสนุนเป็นนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบล

คำสำคัญ : การพัฒนาการดูแล, ผู้สูงอายุติดบ้าน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลป่าตอง, E-mail: noknoinice@gmail.com

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: khaniph@kku.ac.th

The development of home-bound elderly care through community participation Patong Subdistrict, Kathu District, Phuket Province

Ratchanee Rattanamuangpriow¹, Khanittha Phromkrathok²

Abstract

This research aimed to study of problems and needs of caring and development of home-bound elderly care through community participation Sub-district area, Kathu District, Phuket Province. The participants consisted of 28 home-bound elderly individuals and their respective family caregivers. Key stakeholders involved in driving the development of healthcare include community leaders, village health volunteers, municipal officials and public health officer with purposive sampling. The study tool consisted of interview guideline, WHOQOL-BREF-THAI, questionnaires of knowledge for home-bound elderly, in-depth interview and focus group. Content Validity was approved by 5 experts; the questionnaires of knowledge for home-bound elderly 0.90. It was tried out with 10 persons and calculated for reliability of KR₂₀ Coefficient 0.85 and Cronbach's Alpha- Coefficiency which WHOQOL-BREF-THAI 0.73. The quantity data was analyzed by descriptive statistics; percentage, mean and standard deviation. The quality data was analyzed by content analysis.

The results show that the process occurs of care aging through community participate for design and plan activity. Show activity of plan, reflect and develop activity of care corresponds to context area. The development of activity home-bound elderly has high score level of quality of life 71.43% to 89.36%. The village health volunteers has high score level of knowledge in caring for the home-bound elderly 55% to 100%. Model of health care home-bound elderly consisted 1) Innovation "spoon handle" for aging lack of arm muscle 2) practice movement for aging 3) The develop potential of village health volunteers 4) Improve the envelopment for safety

¹Primary and Holistic Services Group Patong Hospital E-mail: noknoinice@gmail.com

²Faculty of Nursing Khon Kaen University E-mail: khaniph@kku.ac.th



of aging. Suggested should follow up continuously and support by policy care of home-bound elderly subdistrict.

Keyword: The development of care, home-bound elderly, community participation

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน โดยในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.5 ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือ มีผู้สูงอายุร้อยละ 20 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 28 (กรมอนามัย.,2564) จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย และเป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วย ถึง 2 ใน 3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2558).จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัวนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทเปลี่ยนไปจากเคยดูแลตนเองได้กลับต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆที่ใช้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ได้มีการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 (ADL 12-20 คะแนน) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ กลุ่มที่ 2 (ADL 5-11) คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้น้อย กลุ่มที่ 3 (ADL 0-4 คะแนน) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรมอนามัย,2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในระดับบุคคล ครอบครัว และการส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ชยพล ศิรินิยมชัยและพิมพ์ภา ปัญญาใหญ่.,2564). (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ, 2559). การประเมินผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก.,2557) การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว ,2565) การดูแลสุขภาพในภาวะโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ (พรณี ไชยวงศ์, 2566) (ศรวิภาญจน์ ยกแสงและพัชรี คมจักรพันธ์. ,2565) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน มักจะรวมกระบวนการดูแลไปพร้อม ๆ กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แต่ในขณะที่ปัญหาสุขภาพนั้นแตกต่างกัน

พื้นที่ตำบลป่าตอง อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 1,976 ราย จำแนกเป็น กลุ่มติดเตียง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ0.91 ติดบ้าน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1 และกลุ่มติดสังคม 1,877 ราย คิดเป็น ร้อยละ 94.99 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2566) พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านยังขาดข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอ

และยังไม่มีแนวทางเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ซึ่งหากผู้สูงอายุติดบ้านมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมหรือผู้ดูแลทั้งครอบครัวและชุมชนขาดการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุติดบ้านจะเกิดปัญหาสุขภาพได้ ดังนั้น จึงมีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis, S. & McTaggart, R.,1988) เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งปัญหาสุขภาพ กระบวนการดูแลที่ผ่านมาและข้อจำกัด เพื่อออกแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านอย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการการดูแลและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลป่าตองอำเภอเกาะกู่ จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis, S. & McTaggart, R.,1988) โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ใน 7 ชุมชน ตำบลป่าตอง อำเภอเกาะกู่ จังหวัดภูเก็ต ดำเนินการเก็บข้อมูล วิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and McTaggart (1988) จำนวน 2 วงรอบการพัฒนา ตามขั้นตอน 1) การวางแผน (Plan) 2) การลงมือปฏิบัติและการสังเกต (Act& Observe) และ 3) การสะท้อนคิด (Reflect) ดำเนินการเก็บข้อมูล วิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 – 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) ดังนี้

1. บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน 7 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน 3) เจ้าหน้าที่เทศบาล จำนวน 1 คน 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน

2. ผู้สูงอายุติดบ้านและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุติดบ้าน มีผลการประเมิน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน จำนวน 14 คน 2) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน ผ่าน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ สมัครใจเข้าร่วม สามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองมีศักยภาพในการเป็นตัวแทนของกลุ่ม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดงานวิจัยได้ ทั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน 2) ผู้สูงอายุติดบ้านที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง 3) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัวที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (สுவินน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2540) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม นำไปทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ของบริบทที่ใกล้เคียง ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.73

3. แบบสอบถามความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน คำนวณค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 และคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability of KR₂₀ Coefficient) เท่ากับ 0.85

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) แนวทางการสนทนากลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Focus Group Discussion) 3) แนวทางในการประชุมวางแผนพัฒนาศักยภาพ โดยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถาม

สนทนากลุ่มและแนวทางในการประชุมวางแผนพัฒนาศักยภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของประเด็น
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

สถิติวิเคราะห์

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง
ความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต
WHOQOL-BREF-THAI และแบบสอบถามความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป วิเคราะห์ หาจำนวนและร้อยละ ของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ช่วงคะแนน ดังนี้ 26 –
60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61–95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ 96 – 130
คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ซึ่งมี 3
เกณฑ์ ได้แก่ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคุณภาพชีวิตที่ดี
3. แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำคะแนนที่ได้ มาหาจำนวน
และร้อยละของความรู้แต่ละช่วงคะแนน โดยแบ่งช่วงระดับของคะแนน 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, B.S., Hastings, T.
J., Madaus, G. F., 1971). คะแนนช่วง 0.00-3.00 หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับน้อย คะแนนช่วง 4.00-7.00
หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนช่วง 8.00-10.00 หมายถึงมีความรู้ในระดับมาก
4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ศึกษาจากข้อมูล
ที่ได้จากการเก็บรวบรวม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group
discussion) เพื่อหาประเด็นหลัก และแก่นสาระ แล้วนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องของ
ข้อมูลและสรุปประเด็นข้อค้นพบจากกระบวนการวิจัยทุกระยะของการพัฒนา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 033/66

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 71.43
ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา อยู่ใน ช่วง อายุ 60 – 69 ปี
จำนวน 5 คน ร้อยละ 35.71 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ ไม่เป็นสมาชิกชมรม
ผู้สูงอายุหรือเป็นสมาชิกชมรมแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน ร้อยละ 92.86 และ ผู้สูงอายุทั้งหมดมี

ผู้ดูแล จากผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 14 คน ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (สวพัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2540) พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) ในภาพรวมสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการพัฒนาสูงกว่าก่อนดำเนินการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.92$, $P < .001$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนดำเนินการพัฒนา เท่ากับ 71.43 (SD=11.02) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังดำเนินการพัฒนา เท่ากับ 89.36 (SD=14.53) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) ในภาพรวมสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา (n=14)

คุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI)	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	71.43	11.02	17.92	.000
หลังการพัฒนา	89.36	14.53		

ผลการประเมินความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 20 คนโดยใช้แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ พบว่า การพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.50$, $P < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านก่อนการพัฒนา เท่ากับ 7.75 (SD=1.04) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหลังการพัฒนา เท่ากับ 9.25 (SD=0.62) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

ระดับของคะแนนความรู้	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	7.75	1.04	1.50	.000
หลังการพัฒนา	9.25	0.62		

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารลดลง การเคลื่อนไหวลำบาก เดินลำบาก ปวดเมื่อยตามร่างกาย กลืนปัสสาวะไม่อยู่ ครอบครัวขาดความรู้เรื่องโภชนาการ 2) ด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความกังวลใจเนื่องจากไม่สามารถไปร่วมกิจกรรม ไม่ได้เข้าร่วมสังคม ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มเนื่องจากไม่มีราวจับ โดยแต่ละปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพ **ส่วนที่ 2** การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน มี 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้สูงอายุติดบ้าน 2) การสร้างเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งนี้สรุปปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

ส่วนที่ 1 ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว	
ประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ความต้องการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน
1) ด้านร่างกาย - การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารลดลง - การเคลื่อนไหวลำบาก เดินลำบาก - ปวดเมื่อยตามร่างกาย กลืนปัสสาวะไม่อยู่ - ครอบครัวขาดความรู้เรื่องโภชนาการ	- การช่วยเหลือการรับประทานอาหาร แปร่งฟัน - กายภาพ/เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ - กิจกรรมออกกำลังกาย ฝึกการกลืนปัสสาวะ - มีผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวเรื่องโภชนาการ
2) ด้านจิตใจและสังคม - ความกังวลใจเนื่องจากไม่สามารถไปร่วมกิจกรรม - ไม่ได้เข้าร่วมสังคม ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	- การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากร และช่วยเหลือการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
3) ด้านสิ่งแวดล้อม - พลัดตกหกล้มเนื่องจากไม่มีราวจับ	- ปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ส่วนที่ 1 ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว	
ประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ความต้องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
ส่วนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน	
ประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ความต้องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
1) ด้านการคัดกรองผู้สูงอายุที่บ้าน - ขาดทักษะการประเมินผู้สูงอายุที่บ้าน	- ฝึกทักษะการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ
2) ด้านศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน - ไม่มั่นใจความรู้เรื่องโรคประจำตัวของผู้สูงอายุและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว - ไม่มั่นใจในการช่วยเหลือผู้สูงอายุบริหารร่างกาย ออกกำลังกาย และช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหว	- ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว - ส่งเสริมทักษะในการช่วยเหลือผู้สูงอายุบริหารร่างกายและช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหว

โดยสรุปผู้สูงอายุที่บ้านและครอบครัว ของตำบลป่าตอง มีความต้องการ การดูแลหรือการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม รวมถึงด้านการจัดสิ่งแวดล้อม และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการในการพัฒนาทักษะการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการออกกำลังกายและการช่วยเหลือการเคลื่อนไหว ภายหลังจากได้ข้อมูลปัญหาและความต้องการทั้งหมดแล้ว นำข้อมูลที่ได้ไปทวนสอบความถูกต้องกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) จำนวน 2 วงรอบการพัฒนา ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ(Reflection) ได้ปรับและพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ตำบลป่าตอง

ผลการดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2566 – 29 กุมภาพันธ์ 2567 ได้แบ่งเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในทุกขั้นตอน สามารถแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) พัฒนานวัตกรรม “ที่จับช้อน” ส่งเสริมการรับประทานอาหารในผู้ที่กลืนเนื้อแข็งอ่อนแรง 2) ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายผู้สูงอายุ 3) พัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะการประเมินและดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ โดยแต่ละกิจกรรมได้มีกระบวนการระยะที่ 1 การพัฒนาระยะที่2 และผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมการพัฒนาทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปการดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

กิจกรรม	ผู้ร่วม ดำเนินการ	ผลการปฏิบัติ ระยะที่ 1	พัฒนาระยะที่2 ตามข้อเสนอแนะการพัฒนา	ผลการปฏิบัติ ระยะที่ 2
พัฒนา นวัตกรรม “ที่ จับช้อน” ส่งเสริมการ รับประทานอาหาร ในผู้ที่ กล้ามเนื้อแขน อ่อนแรง	ผู้นำชุมชน อสม สมาชิก ครอบครัว ผู้สูงอายุ (ออกแบบเพื่อ ทดลองใช้ นวัตกรรม และ	-ทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน -ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ ที่ออกแบบตามที่ผู้ ร่วมออกแบบ แนะนำ แต่ยังไม่ มั่นใจและไม่เข้าใจ ขั้นตอนการปฏิบัติ ทำให้ต้องสอบถาม และให้คำแนะนำ บ่อยครั้ง	-จัดทำสื่อ VDO สาธิต วิธีการใช้นวัตกรรม (ใช้ทั้งจับ อาหาร และแปรงฟัน) -จัดทำ QR code จัดทำสื่อ VDO สาธิตวิธีการใช้ นวัตกรรม เพื่อให้คนใน ครอบครัวสแกนและใช้เป็นสื่อ ประกอบการใช้นวัตกรรม	-ทดลองให้ผู้สูงอายุ 5 คน ดู VDO พร้อมฝึก ปฏิบัติ พบว่า สามารถรับประทาน อาหารและแปรงฟัน โดยใช้นวัตกรรมได้ ถูกต้องตามขั้นตอน สาธิต และมีความ มั่นใจมากขึ้นในครั้ง ต่อไป -คนในครอบครัวดู VDO สาธิตวิธีใช้ นวัตกรรมจาก QR code ได้สะดวกขึ้น
ฝึกการ เคลื่อนไหว ร่างกาย ผู้สูงอายุ	สมาชิก ครอบครัว ผู้สูงอายุ อสม CM CG พยาบาล	-ผู้สูงอายุไม่มีความ มั่นใจ กลัวล้ม และ มีปัญหาปวด กล้ามเนื้อ - อสม. ไม่มั่นใจใน การสอนผู้สูงอายุ	-ฝึกการเคลื่อนไหว โดยทำ คู่มือออกกำลังกายโดยการยืด เหยียด -ฝึก อสม. ในการสอน ผู้สูงอายุออกกำลังกาย และ การฝึกกายภาพในผู้สูงอายุที่มี	-อสม.นำคู่มือการ ออกกำลังกาย ไปใช้ ส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุ ฝึกออกกำลังกาย -อสม.มั่นใจ มากขึ้น ได้ฝึกผู้สูงอายุ

กิจกรรม	ผู้ร่วม ดำเนินการ	ผลการปฏิบัติ ระยะที่ 1	พัฒนาระยะที่2 ตามข้อเสนอแนะการพัฒนา	ผลการปฏิบัติ ระยะที่ 2
		- ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการส่งเสริมการออกกำลังกาย	ปัญหาการเคลื่อนไหว โดยให้กายภาพมาช่วยสอน	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ฝึกเดินและกายอุปกรณ์) -ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวดีขึ้น ตัวตรง ยึดตัวได้มากขึ้น
พัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้และทักษะการประเมินและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ผู้นำชุมชน อสม พยาบาล สมาชิก ครอบครัว ผู้สูงอายุ	-อสม.จดจำเนื้อหาได้แต่ไม่ครอบคลุมทุกเรื่องที่ทำให้ความรู้ -การปฏิบัติยังใช้เวลานานในการประเมิน	-จัดตารางการเยี่ยมบ้านเพื่อฝึกให้ อสม. ฝึกให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้สอดคล้องกับเวลา กิจกรรมที่ 2 โดยใช้คู่มือความรู้ และแบบประเมิน 9 ด้าน ประกอบการส่งเสริมศักยภาพ อสม. -มีทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทุกครั้ง	-อสม. สามารถสื่อสารในการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้คู่มือประกอบการอธิบายได้ด้วยความมั่นใจ - อสม.สามารถประเมินผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือประเมิน 9 ด้าน ได้ถูกต้อง และมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อประเมินผู้สูงอายุรายต่อมา
ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อ	ผู้นำชุมชน อสม พยาบาล	-ภายหลังการประเมิน ยังขาดผู้รับผิดชอบการ	-ทำข้อตกลงให้ อสม. ผู้รับผิดชอบบ้านที่สิ่งแวดล้อมต้องได้รับการปรับปรุง เป็น	- อสม.สามารถดำเนินการจัดจ้จ้งรายละเอียดตาม

กิจกรรม	ผู้ร่วม ดำเนินการ	ผลการปฏิบัติ ระยะที่ 1	พัฒนาระยะที่2 ตามข้อเสนอแนะการพัฒนา	ผลการปฏิบัติ ระยะที่ 2
ความปลอดภัย ของผู้สูงอายุ	สมาชิก ครอบครัว ผู้สูงอายุ เทศบาล	ดำเนินการแจ้ง รายละเอียดเพื่อเข้า ระบบของงาน เทศบาล -ขาดการ ติดตามการ ดำเนินงานทำให้ เกิดความล่าช้า	ผู้เขียนเอกสารจัดแจ้ง รายละเอียดตามแบบฟอร์ม เอกสารของเทศบาล และ ติดตามผลการจัดการปรับปรุง สภาพแวดล้อม	แบบฟอร์มเอกสาร ของเทศบาล และ ติดตามผลการจัดการ ปรับปรุง -สภาพแวดล้อมบ้าน ผู้สูงอายุ ได้รับการ ปรับปรุง -ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อ การพลัดตกหกล้มมี ราวจับภายในบ้าน ห้องน้ำ ได้รับการ ปรับปรุงห้องน้ำให้ เป็นชักโครก

การอภิปรายผลและสรุปผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.43 สอดคล้องกับการวิจัยของ กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา จากการวิจัยมีการดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 2 วงรอบการพัฒนา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดการจัดการแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็นกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ได้รูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของพื้นที่ที่แท้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิธินันท์ มลิณจรรยาพงษ์ และคณะ ที่พบว่าเกิดการมีส่วนร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายเกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันโดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุติดบ้านรวมทั้งมีองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนร่วมกัน ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) ในภาพรวมสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้น จาก 71.43 (S.D.= 11.02) เป็น 89.36 (S.D.= 14.53) สอดคล้องกับ

งานวิจัยของนิรันดร์ มิตินจรรณพงษ์ และคณะ ที่มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Mean= 96.10, S.D. = 12.39) ด้านผลการประเมินจากแบบสอบถามความรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านจากงานวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.00 ทั้งนี้ ถึงแม้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรค และการดูแลสุขภาพ รวมถึงการพาผู้สูงอายุติดบ้านออกกำลังกาย เนื่องจากไม่ได้ฝึกปฏิบัติการถ่ายทอดความรู้และไม่มีเจ้าหน้าที่สนับสนุนและพาปฏิบัติเพื่อให้มีความมั่นใจและทำได้ โดยหลังการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.00 เป็น ร้อยละ 100 และมีค่าเฉลี่ยคะแนน เพิ่มขึ้นจาก 7.75 (S.D.=1.04) เป็น 9.25 (S.D.=0.62) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และการฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรัตน์ ตะภา และคณะ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการขับเคลื่อนและพัฒนาการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ปัญหาและความต้องการ การป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดกับผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้น

จากการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมอบรมความรู้ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้มีความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรันดร์ มิตินจรรณพงษ์ และคณะ ที่มีการจัดการฝึกอบรมให้องค์กรประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพ การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกายและโภชนาการ ทั้งนี้สิ่งที่ต่างกันคือจากงานวิจัยนี้เพิ่มเรื่องการพัฒนาศักยภาพการประเมินผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ 9 ด้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้อสม. สามารถรู้ปัญหาสุขภาพและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพได้ตามปัญหาภายหลังได้รับการประเมิน และแตกต่างจากงานวิจัยของ สุรัตน์ ตะภา และคณะ ที่มีเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เรื่องการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะสามารถเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาในครั้งต่อไปสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลป่าตองต่อไป ทั้งนี้กิจกรรมจากงานวิจัยกิจกรรมที่ 2 ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายผู้สูงอายุ และ กิจกรรมที่ 3 พัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะการประเมินและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้มีการให้ความรู้ และสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณรงค์ ดั่งพาน และคณะ ที่เป็นโปรแกรมการสาธิตเรื่องอาหาร การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการเลือกวิธีการปฏิบัติตัวในที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านในระดับตำบล และขับเคลื่อนเป็นนโยบายการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านในพื้นที่ระดับตำบล

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมที่ใช้เครื่องมือเชิงปริมาณในการประเมินปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุติดบ้านและควรมีการพัฒนาารูปแบบเป็นโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน และประเมินผลลัพธ์ก่อนหลังเพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2564). **คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2564). **แบบประเมิน ADL(Barthel Activities of Daily Living)**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติศักดิ์ หลวงพันเท. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลับพลาไชย อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.5(2)**,1-13.
- ชยพล ศิรินิยมชัย, และพิมพ์กา ปัญโญใหญ่. (2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 37 (1)**,1-12.
- ชัยณรงค์ นาคเทศ, สุปราณี มณีวงศ์, กัญฉิกา นวมโคกสูง, และกชกร ธรรมนำศีล. (2565). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน: กรณีศึกษา. **วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 8(1)**,1-12.
- ณรงค์ ตัวงปาน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และรัตนชนก ไตรวรรณ. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคมในจังหวัดสงขลา. **วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ, 26(1)**,112-128.

- นิธินันท์ มลิณจรรยาพงษ์, มยุนา ศรีสุภนันต์, สุรีย์ จันทร์โมรี, และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยความร่วมมือของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารพยาบาลทหารบก. 19** (ฉบับพิเศษ), 1-12.
- พรรณี ไชยวงศ์. (2566). การพัฒนานวัตกรรมเครื่องออกกำลังกายแบบบีบมือเกร็งค้างสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านที่มีโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 17**(2), 1-15.
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, และสุมัทนา กลางคาร. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยความร่วมมือของชุมชน บ้านหนองเล็ง ตำบลเวียงน้ำอำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 5**(3), 1-13.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว .(2565). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทย. **วารสารสุขภาพ, 45**(2), 1-10.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ**. นนทบุรี: บริษัท อีส ออแกนิส จำกัด.
- สุนารี ทะนะเป็ก , ทศนวรรณ สุพรรณสาย, และฉลิต จิวน้อย. (2562). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตขององผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอมือ จังหวัดสุโขทัย. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 13**(2), 1-16.
- สุรัตน์ ตะภา, มนกันต์ อินทรกำแหง, และสงัด เชื้อลิ้นฟ้า. (2559). การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 17**(1), 109–120
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค การอนามัยโลกทุก 100. ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต .(2566). **ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ(HDC)**. เข้าถึงได้จาก https://pkt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. ค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2566.
- วิระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ .**วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 5**(2), 1-21.
- ศรีวิภาญจน์ ยกแสง, และพัชรี คมจักรพันธ์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14** (3). 1-23.



- องค์การอนามัยโลก. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ: แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,
- อมรรัตน์ แก้วโพนเพ็ก. (2561). ผลของการออกกำลังกายร่วมกับสมาธิบำบัดในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ตำบลวังสวาบ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. 12(2),1-8.
- Bloom, B.S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. (1971). **Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: Mc Graw – Hill Book Company Inc.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). **The Action Research Reader**. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press.