

Developing a Health Service Network for Homebound and Bedridden Older People

*Orapan Prompa, M.D.**

*Ajcharapan Kayadee, Ph.D.**

Abstract

Objective: To develop a health service network system for the elderly, homebound, and bedridden patients in Nongkhayang District, Uthai Thani Province. The secondary objectives are to study the current situation and problems, develop the system, and evaluate the health service network system for these groups of elderly patients.

Methods: This study aimed to develop a health service network for homebound and bedridden older people, focusing on the care model for head injury patients undergoing cranial surgery. Using action and operational research with the PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle, the study involved collaborative planning, implementation, evaluation, and improvement across three phases: Preparation, Implementation, and Evaluation, from August to December 2023.

Results: Phase 1 (Preparation) revealed that older people, mainly females aged 85-94, required daily assistance despite stable health indicators, with caregivers, primarily grandchildren, lacking sufficient knowledge in elderly care. Phase 2 (Implementation) The model development resulted in 5 activity plans. Post-implementation, the user group showed significantly increased knowledge about elderly care, personal motivation for caregiving, and social support compared to pre-implementation ($p < .05$) in all aspects. Phase 3 (Evaluation) indicated high user satisfaction with the collaborative model, particularly in home visit services.

Conclusion: The study concluded that most homebound and bedridden older people had chronic diseases requiring continuous care, highlighting the need to strengthen community health volunteers' roles and foster collaboration among healthcare personnel, families, and communities to enhance the quality of life for these older people

Keywords: health service network system; elderly; homebound; bedridden

*Nongkhayang Hospital, Uthai Thani

**Boromarajonani College of Nursing, chainat

Received: May 13, 2024; Revised: July 2, 2024; Accepted: August 20, 2024

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

อรพรรณ พรหมพา, พ.บ.*

อัจฉรพรรณ คำยาดิ, ประ.ด.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี โดยมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบเครือข่ายบริการสุขภาพดังกล่าว

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการดำเนินการตามรูปแบบ PDCA ประกอบด้วย การวางแผนร่วมกัน ดำเนินการร่วมกัน ตรวจสอบร่วมกัน และปรับปรุงร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ: 1) เตรียมการ 2) ดำเนินการ (ใช้ PDCA) และ 3) ประเมินผล เครื่องมือวิจัยรวมถึงแบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม การวิเคราะห์เนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.95-0.98 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปข้อมูล การวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วย Paired t-test ข้อมูลรวบรวมระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา: ระยะที่ 1 เตรียมการ ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงเป็นหญิงส่วนใหญ่ อายุ 85-94 ปี ได้รับการดูแลเป็นประจำ มีสุขภาพปกติ แต่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลหลักคือหลาน ไม่มีสัญญาณซึมเศร้า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานต่ำ และต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลา ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ การร่างรูปแบบฯ ได้ 5 แผนกิจกรรม หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มผู้ใช้รูปแบบฯ มีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง แรงจูงใจตัวบุคคลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทุกด้าน ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลผู้ใช้รูปแบบฯ มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้จากเครือข่ายบริการสุขภาพ ในด้านการให้บริการเยี่ยมบ้าน

สรุป: ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ระยะเวลาในการติดบ้านติดเตียง และมีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้น จึงควรมหาแนวทางการเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บระบบอื่นในร่างกายที่ต้องได้รับการผ่าตัด หมู่บ้านและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีรูปแบบการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; กลุ่มติดบ้าน; กลุ่มติดเตียง

*โรงพยาบาลหนองขาหย่าง อุทัยธานี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

ได้รับต้นฉบับ: 13 พฤษภาคม 2567; แก้ไขบทความ: 2 กรกฎาคม 2567; รับลงตีพิมพ์: 20 สิงหาคม 2567

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการที่มีขนาดใหญ่และถือเป็นระบบบริการที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความครอบคลุมในด้านการดูแลภาวะสุขภาพของคนไทย ตั้งแต่เกิดจนถึงตาย มีหลักในการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การควบคุมโรค การรักษาโรคภัยต่าง ๆ และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยที่เราให้ความสำคัญกับสถานะทางสุขภาพของประชาชนเพราะถือว่าเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการพัฒนาประเทศและถือเป็นหน้าที่หลักของรัฐบาลในการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชน⁽¹⁾ สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมดของโลก ซึ่งมีจำนวน ประมาณ 7,550 ล้านคน สำหรับประชากรของอาเซียนมีผู้สูงอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2560 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20⁽²⁾

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยในปี พ.ศ. 2560 สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ 17 แล้ว กล่าวคือ มีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน จากประชากร ของประเทศราว 65 ล้านคน โดยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เน้นให้ครอบคลุม 4 มิติบริการ คือ มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสภาพแวดล้อม และบริการสาธารณะให้สอดคล้อง

กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ในปี 2559 รัฐบาลมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระบบ⁽³⁾ ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care) การดูแลระยะยาว (long term care) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จำนวน 70,320 คน⁽⁴⁾ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ตามศักยภาพ โดยใช้แบบคัดกรองประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม เพื่อกำหนดการดูแลด้านสุขภาพ และช่วยเหลือตามความเหมาะสม ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นสังคมและชุมชนได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง(กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) เชื่อมโยงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน และครอบครัว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักแนวคิดการดูแลโดยชุมชน (Community care) ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) มุ่งใช้ศักยภาพและทรัพยากรในชุมชน ให้กลับมาเป็น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีขึ้น ไม่เป็นภาระของครอบครัว การดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (institutional care) ค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้นทำให้

แต่ละบ้านต้องใช้ญาติดูแลกันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานประจำมาทำหน้าที่ดูแลและจำนวนมากที่จ้างแรงงานต่างชาติมาช่วยดูแลถึงแม้จะรับรู้ ว่าปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวจะแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง⁽⁵⁾ เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง และวัยทำงานทุกระดับต่างทำงานนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่ที่สูงอายุมักอยู่ตามลำพังพึ่งพาญาติได้น้อยลงเมื่อเกิดเหตุการณ์ต้องอยู่ติดบ้านติดเตียงลูกที่กลับมาดูแล ต่างไม่ผูกพันและไม่มีพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทำให้ยากที่จะเชื่อได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับดูแลที่ดีจากลูกหลาน⁽⁶⁾

โรงพยาบาลหนองขาหย่าง มีการดำเนินงานในรูปแบบทีมหมอบรรพการ (family care team) ที่ผ่านมานั้นได้เน้นกระบวนการทำงานตามนโยบาย ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษายังไม่เป็นระบบและแนวทางที่ชัดเจน เป้าหมายเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมีผู้สูงอายุ สะสมทั้งหมดจำนวน 3,604 คน มีภาวะพึ่งพิง 126 คน คิดเป็นร้อยละ 3.49 และจากการประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel Activities of Living--ADL) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 1 (กลุ่มติดสังคม) คือ ผู้สูงอายุ ที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ จำนวน 550 คน คิดเป็นร้อยละ 98 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้าน) คือผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 (กลุ่มติดเตียง) คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง

ไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือคุณภาพจำนวน 4 คนคิดเป็น ร้อยละ 0.8⁽⁷⁾

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติตามแผน (Do) (3) การตรวจสอบ (Check) (4) การปรับปรุงหรือการแก้ไขปัญหา (Act) วงจรการปฏิบัติการนี้เรียกย่อ ๆ ว่าวงจร PDCA (Deming, 1986)⁽⁸⁾ เป็นกระบวนการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกให้เกิดประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ สนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพกับภาคประชาชนและท้องถิ่นส่งเสริมสุขภาพให้เกิดการทำงานเป็นทีม⁽⁹⁾ ซึ่งกระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขที่มีความต่อเนื่องยั่งยืนเกิดประสิทธิภาพมากที่สุดจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการ ของผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่การจัดทำแผนปฏิบัติที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม การดำเนินการตามแผนร่วมกัน และประเมินผลที่เกิดขึ้น ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงของโรงพยาบาลหนองขาหย่าง โดยหวังผลการศึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงมีความพึงพอใจต่อการบริการและมีสุขภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การทำงานของทีมหมอบรรพการครอบคลุมทุกมิติการดูแล

สุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในเชิงส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาโรค

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ใน พื้นที่อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

วัตถุประสงค์รอง

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพ ปัญหา ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง
- 2) เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ กลุ่มติดเตียง
- 3) เพื่อประเมินผลระบบเครือข่าย บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพและชุมชน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 เดือนระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖ มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** ระยะเตรียมการ **ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการ ใช้การดำเนินการตามกระบวนการ PDCA ของ M. Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act และ**ระยะที่ 3** ระยะประเมินผลในการวางแผนโครงการพัฒนา

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนโครงการการมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ระหว่างเดือน สิงหาคม - เดือนธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ใน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 126 คน โดยการใช้การสุ่มแบบเฉพาะ เจาะจง (Purposive Sampling) จากบัญชีรายชื่อ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง 2) กลุ่มภาคี เครือข่ายสุขภาพ จำนวน 12 คน เป้าหมาย โดยใช้ การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กับบุคคลที่ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Keys Informant) ใช้เวลาในการศึกษา เดือนสิงหาคมเพื่อศึกษา สถานการณ์และสภาพปัญหา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้การ ดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M. Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act ผู้ให้ข้อมูลในการร่างรูปแบบฯ ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพจาก**ระยะที่ 1** และ กลุ่มผู้ทดลองใช้รูปแบบฯ ได้แก่ ผู้ดูแล กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 30 คน เป้าหมาย โดยใช้การสุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กับ บุคคลที่ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Keys Informant) ใช้เวลาในการศึกษา เดือนกันยายน-ธันวาคม 2566

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพจาก ระยะที่ 1 โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

(Purposive Sampling) กับบุคคลที่ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Keys Informant) ใช้เวลาในการศึกษาเดือนธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นสมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้าร่วมในระยะที่ 1 ของการศึกษา
2. มีประสบการณ์ทำงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงอย่างน้อย 1 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์หรือให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด (เดือนธันวาคม 2566)
2. ย้ายออกจากพื้นที่ศึกษา (อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี) ในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) แบบสอบถามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำต่อเนื่อง (Chula ADL Index) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (In-depth Interview)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติด

เตียง ประกอบด้วยขั้นการวางแผน (Plan) ประชุมเชิงปฏิบัติการ และสรุปภาพรวมของปัญหาลงขั้นปฏิบัติการ (Do) ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ *กิจกรรมที่ 1* จัดประชุมระดมสมองทีมผู้ให้บริการ *กิจกรรมที่ 2* อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งที่ 1 หลักสูตร 2 วัน โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเริ่มจากความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ตลอดจนการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การป้อนอาหาร และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ยังมีการให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การดูแลสุขภาพจิต และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์พื้นฐาน *กิจกรรมที่ 3* จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน วางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง *กิจกรรมที่ 4* จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การเยี่ยมบ้าน ออกเยี่ยมบ้านในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ นำผลการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมต่าง ๆ และวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ขั้นการประเมินและติดตามผล (Check) การประเมินผลกระบวนการ โดยการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ขั้นการปรับปรุง (Act) เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จัดประชุมเก็บข้อมูล หลังการพัฒนา เปรียบเทียบการดำเนินงาน ก่อนและหลังการ

ระยะที่ 3 ของการประเมินผล ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง ได้ใช้เครื่องมือวิจัย เช่น แบบสอบถามที่รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง แบบสอบถามแรงจูงใจในตัวบุคคลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎีและวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) อยู่ที่ 1.0 พร้อมนำเครื่องมือวิจัยรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential

Statistics) สำหรับการวิเคราะห์เชิงพรรณนานั้น ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ สถานะ และการศึกษา จะถูกนำเสนอโดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ในขณะที่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาจะถูกวิเคราะห์โดยใช้มัธยฐาน (Median) สำหรับอายุนั้นจะใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ส่วนการวิเคราะห์เชิงอนุมานนั้น จะมีการสร้างข้อสรุปโดยการนำเสนอในรูปแบบของตารางสถิติ Paired t-test ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสอบถาม และการจดบันทึกจะถูกนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ซึ่งรวมถึงการจำแนกการจัดหมวดหมู่ การจัดลำดับความสำคัญ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่ AF 04-08/02.0 ลงวันที่ 11 กันยายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การอภิปรายหรือเผยแพร่ข้อมูลกระทำในภาพรวม และเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการ

ผลการศึกษา

ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 126 คน โดยสรุปผลสำคัญได้ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.76 อยู่ในช่วงอายุ 85-94 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.16 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 75.96 ปีอายุน้อยสุด 61 ปีสูงที่สุด 98 ปี สถานหม้าย คิดเป็นร้อยละ 69.84 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 99.21 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 73.81 รายได้ของครอบครัว ไม่เพียงพอ ร้อยละ 96.83 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 64.29 ระยะเวลาในการติดบ้านติดเตียง สูงสุด 10 ปี ร้อยละ 27.78 เฉลี่ย อยู่ที่ 7 ปี ต่ำสุด 4 ปี

ได้รับการเยี่ยมติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า BMI อยู่ในกลุ่มปกติ ร้อยละ 95.24 ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในกลุ่มปกติ ค่าเฉลี่ย 86.23 ค่าความดันโลหิต เฉลี่ย 125/81 mmHg ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 67.46 ไม่มีปัญหาด้านการกลืน ร้อยละ 93.65 การได้ยินชัด ร้อยละ 98.41 การมองเห็นชัด ร้อยละ 99.21 ไม่มีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 75.4 ไม่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 64.29

ภาวะสุขภาพด้านสังคม มีผู้ดูแลหลัก คือบุตรหลาน ร้อยละ 96.83 มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวรักใคร่ปรองดอง ร้อยละ 100 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 97.62 ภาวะ

สุขภาพด้านจิตใจปกติไม่เป็นซึมเศร้า ร้อยละ 96.83 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 79.37 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ 100

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงตามมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้ดูแลหลัก พบว่า ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เป็นนโยบายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองขาหย่าง กำหนดแนวทางไว้ คือ สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้เข้าถึงประชาชนที่บ้านและในชุมชน จัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพที่เริ่มที่บ้าน ประจำหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ จัดช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) แต่ไม่ได้แยกเฉพาะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง การดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ มุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การรับรู้ของครอบครัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าตนเองยังขาดความรู้การดูแลผู้สูงอายุ จึงไม่มีความมั่นใจในการดูแล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

การร่างรูปแบบฯ จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ด้วยเทคนิค

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค AIC) โดยพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยในพื้นที่ตำบลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงพบว่าได้ 5 แผนกิจกรรมประกอบด้วย (1) จัดประชุมระดมสมองทีมผู้ให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นในการทำงานการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลหนองขาหย่าง (2) อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ (3) จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

(4) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน เพื่อถอดบทเรียน (5) ออกเยี่ยมบ้านในชุมชนร่วมกัน เพื่อร่างแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มผู้ใช้รูปแบบฯ ก่อนการพัฒนา รูปแบบฯ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ($\bar{X} = 12.1$, $SD = 1.62$) แรงจูงใจในในตัวบุคคลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.49$) ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.52$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.56$) หลังการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทุกด้าน

ตาราง Paired t-test แสดงผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบฯ Mean $\pm$ SD	หลังใช้รูปแบบฯ Mean $\pm$ SD	t-Statistic	df	p-value
ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	12.1 $\pm$ 1.62	12.1 $\pm$ 1.15	-3.160	58	0.0025
แรงจูงใจในตัวเอง	4.24 $\pm$ 0.49	4.24 $\pm$ 0.29	-2.927	58	0.0049
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	4.24 $\pm$ 0.52	4.24 $\pm$ 0.28	-3.194	58	0.0023
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	4.27 $\pm$ 0.56	4.27 $\pm$ 0.28	-2.920	58	0.0050

หมายเหตุ: ขนาดตัวอย่าง (n) = 30 สำหรับทุกตัวแปรทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดของผู้ร่วมโครงการอยู่ที่ 4.21 จากเกณฑ์คะแนนระหว่าง 1.0 ถึง 5.0 S.D.= 0.93 ผู้ร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอยู่ที่เกณฑ์เฉลี่ย 4.33 ผู้ร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้จากเครือข่ายบริการสุขภาพอยู่ที่เกณฑ์เฉลี่ย 4.33

ในด้านการให้บริการเยี่ยมบ้าน ผู้ร่วมโครงการมีความพึงพอใจในภาพรวมที่เกณฑ์เฉลี่ย 4.30

วิจารณ์

พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในพื้นที่อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่ตำบลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่ มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ระยะเวลาในการติดบ้านติดเตียง 10 ปี และมีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นซึ่งระบบสาธารณสุขเพียงลำพังไม่สามารถรองรับได้ อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรหาแนวทางการเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำและให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

แนวทางนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁽¹⁰⁾ ที่เน้นการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการควบคุมชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มความยั่งยืนของการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้การดำเนินงานตามกระบวนการ PDCA ของ M. Edward Demming⁽¹²⁾ ช่วยให้งานเป็นระบบ มีการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับการพัฒนาระบบการดูแลที่

ต้องการความต่อเนื่องและการปรับปรุงอยู่เสมอ ทั้งการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและสรุปและประเมินหลังการปฏิบัติแนวทางนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb⁽¹³⁾ ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วียะดา รัตนสุวรรณ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า บทบาทของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลประเมินความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมต่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่ตำบลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 84.20 สอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมัย บุญเลิศ⁽¹⁵⁾ (ร้อยละ 78.6) ซึ่งอธิบายว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น

สรุป

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย และมีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้น จึงควรหาแนวทางการเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำประยุคต์ใช้กับการพยาบาลผู้ป่วย
บาดเจ็บระบบอื่นในร่างกายที่ต้องได้รับการ
ผ่าตัดหุ้มบ้าน และผู้ดูแลให้มีศักยภาพ
ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขมีรูปแบบการทำงานร่วมกับครอบครัว
ชุมชน เพื่อช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ติดเตียงอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อส่งผลให้
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ
ของอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งอาจ
มีบริบททางสุขภาพและสังคมเฉพาะที่แตกต่าง
จากพื้นที่อื่น

2. ระยะเวลาในการติดตามผลการพัฒนา
ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอาจยังไม่เพียงพอ
ที่จะประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาวของ
ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุข ควร
กำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในการดูแล ติดตามการให้ข้อมูล
รวมทั้งการให้ขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนิน
อย่างต่อเนื่อง เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจาก

นโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้
ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2 จากผลการศึกษาการปฏิบัติ
ตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลราย
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลในด้านความ
สุขสบายของร่างกาย สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด จึงควรกำหนดนโยบายการพัฒนา
ศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลโดยเน้นในด้านการดูแล
ความสะอาด ความสบายร่างกายเพิ่มขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติการ จากผลการ
ศึกษาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่
ตำบลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง
จังหวัดอุทัยธานี พบปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติตาม
บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การเสริม
พลังอำนาจ และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ
มีส่วนร่วม (Participatory Action Research)
เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล
(Nursing Outcomes) ในระยะยาวของการใช้
ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
โดยเฉพาะในด้านคุณภาพชีวิตและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=13077
2. สุชาดา ทวีสิทธิ์, กุลภา วจนสาระ. ประชากรและสังคม 2560. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
4. สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ประจำปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:<https://tinyurl.com/bdejywed>
5. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2560;23(4):680-89.
6. ชัชวาล วงศ์สารี, ศุภลักษณ์ พันทอง. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561;22(43-44):166-79.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://shorturl.asia/IH32u>
8. ตรึงตรา โพธิ์อำมาตย์. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
9. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://tinyurl.com/2dbfck4n>
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16(3):354-61.
11. วรางคณา ศรีภูวนษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวนษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(2):58-75.
12. ญัณฐ์ณพัชร อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย 2562;1(3):39-41.

13. Kolb AY, Kolb DA. Experiential learning theory: adynamic, holistic approach to management learning, education and development [Internet]. 2011 [cited 2024 May 11]. Available from: <https://shorturl.asia/eMAiL>
14. วียะดา รัตนสุวรรณ, วรทยา กุลนิธิชัย, วิมลทิพย์ พวงเข้ม. บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2566;24(1):135-46.
15. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ภาวดี แถวเพี้ย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2562;10(2):123-45.