

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

ปาณิสรา ช้างปาน¹, บุปผา รักษานาม², วรยุทธ นาคอ้าย³

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง 2) เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (รูปแบบฯ) ในพื้นที่ดังกล่าว และ 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพโดยการเก็บข้อมูลทั่วไป ความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 38 คน นอกจากนี้ ยังประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 15 คนเพื่อรวบรวมปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ด้วยแนวคำถามที่สร้างจาก Six Building Block Plus One 2) การพัฒนาแบบฯ ทำโดยใช้ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 15 คนเพื่อระดมความคิดเห็นต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนาแบบฯ และแผนการปฏิบัติการในการใช้รูปแบบฯ และ 3) การประเมินผลหลังจากใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำโดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นจัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 15 คนเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและมุมมองที่สะท้อนถึงความเหมาะสมของรูปแบบที่ได้พัฒนา ตลอดจนแนวทางปรับปรุงในอนาคต **ผลการวิจัย:** ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (35 คน) มีปัญหาซึมเศร้า (19 คน) และไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (19 คน) ข้อมูลของผู้สูงอายุถูกจัดเก็บแบบแยกส่วน ไม่บูรณาการระหว่างหน่วยงาน และขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น คือ “NAMPHUT Model” มีองค์ประกอบ 7 ประการ ได้แก่ Non-communicable disease (NCD), Active aging, Monitoring system, Participation, Holistic Care, Unity, และ Trang Care หลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีผลลัพธ์ทางคลินิกทุกตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 133.45 ± 15.44 เป็น 127.29 ± 18.16 mg/dL ความดันโลหิตตัวบนลดลงจาก 139.79 ± 5.40 เป็น 135.79 ± 5.51 mmHg และความดันโลหิตตัวล่างลดลงจาก 82.26 ± 4.15 เป็น 80.39 ± 4.58 mmHg ($P < 0.001$) ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 7.29 ± 1.25 เป็น 11.00 ± 1.19 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 14, $P < 0.001$) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.79 ± 0.39 เป็น 2.33 ± 0.14 (จากคะแนนเต็ม 3, $P < 0.001$) **สรุป:** NAMPHUT Model เป็นรูปแบบฯ ที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านการป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่าย และการดูแลแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นและเกิดระบบการดูแลที่ชัดเจน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รับต้นฉบับ: 6 พ.ค. 2568, **ได้รับบทความฉบับปรับปรุง:** 10 มิ.ย. 2568, **รับลงตีพิมพ์:** 11 มิ.ย. 2568

ผู้ประสานงานบทความ: บุปผา รักษานาม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง 89 หมู่ 2 ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 92110

E-mail: Buppha@scphtrng.ac.th

Development of a Community-Participatory Healthcare Model for Homebound Elderly at Namphut Subdistrict, Mueang Trang District, Trang Province

Panisara Sangpan¹, Buppha Raksananam², Worayut Nak-ai³

¹Student in Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Trang,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute (PBRI)

²Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, PBRI

³Sirindhorn College of Public Health, Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, PBRI

Abstract

Objectives: 1) To study the challenges of healthcare for homebound elderly in Nam Phut Subdistrict, Mueang Trang District, Trang Province; 2) To develop a healthcare model with community participation for the homebound elderly in the area; and 3) To evaluate the effects of the implementation of the developed Model. **Methods:** This action research consisted of three phases. First phase involved the analysis of problem using data collected from 38 homebound elderlies including their general health, knowledge and self-care behaviors. The researchers also conducted group meeting among 15 stakeholders to collect the information on challenges for healthcare in this group of elderly based on the concept of the Six Building Block Plus One. The second phase was group meeting among 15 stakeholders to gather their opinions on the Model development and action plans for its implementation. The third phase was the evaluation after a 12-week implementation of the Model based on blood sugar, blood pressure, knowledge and self-care behaviors among elderly. A meeting was then held with 15 community stakeholders to receive their feedback and perspectives regarding the appropriateness of the developed Model and suggestion for further improvement. **Results:** Key health issues among homebound elderly included chronic diseases (n=35), depression (n=19), and lack of continuity in care (n=19). Data of the elderly were fragmented with no integration across agencies. There was limited participation in elderly care from families and communities. The developed Model was "NAMPHUT Model" consisting of seven components including Non-communicable disease (NCD), Active aging, Monitoring system, Participation, Holistic care, Unity, and Trang care. After implementation of the Model, all clinical outcomes in homebound elderly were significantly improved ($P < 0.001$). Blood glucose significantly decreased from 133.45 ± 15.44 to 127.29 ± 18.16 mg/dL. Systolic blood pressure decreased from 139.79 ± 5.40 to 135.79 ± 5.51 mmHg. Diastolic blood pressure decreased from 82.26 ± 4.15 to 80.39 ± 4.58 mmHg. Knowledge on self-care among elderly increased from 7.29 ± 1.25 to 11.00 ± 1.19 from the full score of 14 ($P < 0.001$). The scores on self-care behavior improved from 1.79 ± 0.39 to 2.33 ± 0.14 from the full score of 3 ($P < 0.001$). **Conclusion:** The NAMPHUT Model is a comprehensive care model integrating prevention, treatment, and health promotion. It emphasizes community participation, intersectoral collaboration, and holistic care, resulting in improved health outcomes and a more structured care system for the homebound elderly. Key success factors included multi-sectoral collaboration, clear operational structure, use of supportive technology, caregiver capacity building, and quality of life promotion activities.

Keywords: health care, home-bound elderly, participation, action research

บทนำ

จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2000 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และ 3 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2100 (1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการขาดแคลนแรงงานและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาโรคเรื้อรังและความผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส ซึ่งนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพิง (2) ส่งผลให้รัฐต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและใช้งบประมาณจำนวนมาก นอกจากนี้ยังส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคม เช่น อัตราการพึ่งพิงที่สูงขึ้น ภาระการดูแลผู้สูงอายุของคนในวัยทำงาน และจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น ข้อมูลปี 2564 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.60 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 11.99 ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.98 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 24.03 (3) ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้ รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (4) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี 2567 จังหวัดตรังมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 120,094 คนหรือร้อยละ 18.85 ของประชากรทั้งจังหวัด เมื่อจำแนกตามศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ในช่วงปี 2563-2567 พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.79, 97.11, 97.18, 97.33 และ 97.52 ตามลำดับ ผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.52, 2.12, 2.16, 1.98 และ 1.82 ตามลำดับ และผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.69, 0.77, 0.66, 0.69 และ 0.66 ตามลำดับ (5) จากการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน ในปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 2.04 และเสี่ยงต่ออาการสมองเสื่อมร้อยละ 1.37 (5)

ตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง มีประชากรผู้สูงอายุ 1,752 คน คิดเป็นร้อยละ 22.64 ของประชากรทั้งตำบล ซึ่ง

แสดงให้เห็นว่า ตำบลนี้ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โรคสำคัญของผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.84) เบาหวาน (ร้อยละ 29.63) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 12.96) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 2.09) และไตวาย (ร้อยละ 1.90) (6) โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมักมีอาการเจ็บป่วยหลายโรคและซับซ้อน ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในการดูแลทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ ตลอดจนการดูแลด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อมูลปี 2567 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 38 คน (ร้อยละ 2.17) และกลุ่มติดเตียง 22 คน (ร้อยละ 1.53) ปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 12.44) สุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 10.37) การเคลื่อนไหว (ร้อยละ 10.01) และการได้ยิน (ร้อยละ 9.04) ผลการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุทั้ง 5 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 62.60 (8) จากผลการดำเนินงานปี 2566-2567 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์คิดเป็นร้อยละ 32.50 และ 37.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (active aging) คิดเป็นร้อยละ 99.10 และ 98.10 ตามลำดับ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าตำบลน้ำผุดมีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น

สำหรับข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพปี 2566 ผู้สูงอายุมีอัตราการเข้าถึงบริการทันเวลาใน 4.5 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากปี 2565 (ร้อยละ 40.50) เป็นร้อยละ 52.62 ในปี 2566 ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบลน้ำผุดลดลง และอัตราการได้รับยา rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator) ภายใน 60 นาที ได้ทันเวลามากกว่าเกณฑ์ (ปี 2566 ร้อยละ 93.30) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในหน่วยดูแลโรคหลอดเลือดสมองผ่านเกณฑ์ แต่พบปัญหากลุ่มที่เข้าถึงบริการไม่ทันเวลาคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยเฉพาะรายที่ขาดผู้ดูแลหรืออาศัยเพียงลำพัง หรืออาศัยกับคู่สมรสลำพัง ส่งผลต่อการรักษาและทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น (6) แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลน้ำผุดจะได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบถ้วน แต่การจัดกิจกรรมดูแลยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุบางรายไม่มีผู้ดูแล ขาดความรู้และความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีปัญหา

สุขภาพช้าชอนและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาวในที่สุด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ยังเน้นกลุ่มติดเตียงเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ และรูปแบบการดูแลกลุ่มติดบ้านยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม ประเทศไทยพัฒนาระบบสุขภาพโดยเพิ่มองค์ประกอบระบบสุขภาพชุมชน (community health system) ในแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลก เป็น Six Building Blocks Plus One (7) ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งจากภายในชุมชนในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะของชุมชน และมีความยั่งยืน (8) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางานในชุมชน เพราะทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมแก้ไขปัญหา (9) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรพัฒนาศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลควบคู่กับการเสริมพลังในการดูแลสุขภาพโดยชุมชนเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและเกิดการปรับพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพทางบวกอย่างยั่งยืน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในตำบลน้ำผุด พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของตนเองอย่างเหมาะสม การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ อาทิ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถร่วมกันพัฒนารูปแบบฯ โดยยึดหลักการให้บริการด้วยความใส่ใจความเป็นมนุษย์ รูปแบบฯ ดังกล่าวน่าจะเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ที่ต้องการ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่รับรอง P149/2567 การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 – เมษายน 2568

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพ

ผู้วิจัยศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

การศึกษาเชิงปริมาณ

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในปี พ.ศ.2567 ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL Index (Thai modified version) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การประเมินทำโดยบุคลากรสาธารณสุข และผลการประเมินต้องมีผลจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 หรือกลุ่มติดบ้าน (ค่าคะแนน 5 – 11) 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และ 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล เช่น โรคสมองเสื่อมจนไม่สามารถจำเรื่องราวของตนเองได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดจน เช่น มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูล 2) ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงที่ดำเนินการศึกษา และ 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุกรายที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลน้ำผุด และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือเก็บข้อมูล

เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง 2) ข้อมูลสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านซึ่งเก็บโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของสฤกัญญา วัฒนประไพจิตร (10) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง และปัญหาสุขภาพทางกาย/โรคและการเจ็บป่วย 3) ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้สูงอายุ (2Q plus) (11) ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การแปลผล คือ ปกติ (ไม่มีทั้ง 3 ข้อ) เสี่ยงซึมเศร้า (ข้อ 1-2 ตอบมี อย่างน้อย 1 ข้อ) เสี่ยงซึมเศร้า (ข้อ 3 ตอบมี) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (11) ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การแปลผล คือ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก (น้อยกว่า 7 คะแนน) โรคซึมเศร้ายกระดับน้อย (7-12 คะแนน) โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) โรคซึมเศร้ายกระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน) และ 4) ข้อมูลสภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เก็บโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของ สฤกัญญา วัฒนประไพจิตร (10) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินและค่าใช้จ่าย แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของ สฤกัญญา วัฒนประไพจิตร (10) จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว การตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นแบบสัมภาระณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในลักษณะของ Likert 3 ระดับ (10) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 12 ข้อ และข้อความทางลบ 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก: ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบ: ทำเป็นประจำ (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (3 คะแนน)

การเก็บข้อมูล

การศึกษาเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย รวม 2 คน ก่อนลงพื้นที่ ผู้เก็บ

ข้อมูลทั้งสองทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และการแปลความหมายของคำถาม การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่บ้านของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยนัดหมายล่วงหน้าร่วมกับ อสม. การเก็บข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลทั้ง 3 ตอนใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อรายและดำเนินการในวันเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อความต่อเนื่องของการให้ข้อมูลและลดภาระของผู้ให้ข้อมูล ในส่วนของข้อมูลสุขภาพกาย เช่น ค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้วัดและเจาะเลือดปลายนิ้ว ณ จุดเก็บข้อมูล โดยใช้อุปกรณ์ที่ผ่านการสอบเทียบและรับรองมาตรฐานการใช้งาน ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกลงในแบบสัมภาษณ์ทันที โดยผู้ช่วยนักวิจัยมีหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) น้ำผุด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พระสงฆ์ และตัวแทนผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำผุด

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้การประชุมกลุ่ม (focus group) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามการประชุมกลุ่มซึ่งสร้างจาก กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ด้วย Six Building Block Plus One ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เวชภัณฑ์และเทคโนโลยี การเงินการคลัง การเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชน ตัวอย่างคำถามสำคัญ มีดังนี้: บริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้เพียงใด และมีข้อจำกัดหรือปัญหาใดที่ควรได้รับการแก้ไข บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีเพียงพอหรือไม่ และบุคลากรมีความพร้อมด้านศักยภาพ ความรู้ หรือเวลาเพียงใด การจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุอย่างไร ข้อมูลเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่ และมีข้อจำกัดในการใช้งานอย่างไร ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงยาหรืออุปกรณ์จำเป็นได้สะดวกหรือไม่ งบประมาณที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีอะไรบ้าง เพียงพอหรือไม่ และมีช่องทางการสนับสนุนเพิ่มเติมใดบ้าง หรือไม่

ผู้นำชุมชนมีบทบาทอย่างไรในการผลักดันระบบการดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการและประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างไร ชุมชนมีบทบาทอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และควรมีแนวทางใดในการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มมาจากหลากหลายสถานะ เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบต. น้ำผุด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพระสงฆ์ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีสถานะทางสังคมและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมตามบทบาทและสถานะที่ใกล้เคียงกัน เช่น แยกกลุ่มผู้นำชุมชนออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแยกกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุออกจากเจ้าหน้าที่ อบต. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกสบายใจและไม่ถูกกดดัน เลือกสถานที่ประชุมที่เป็นกลางและบรรยากาศเป็นกันเอง เพื่อลดความตึงเครียด มีการกำหนดกติกาการสนทนา เช่น ไม่วิจารณ์ความเห็นผู้อื่น ให้เคารพความคิดเห็น และรักษาความลับข้อมูล ผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยตั้งคำถามเปิดและเชิญชวนผู้ที่นิ่งเงียบให้กล้าแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับสมาชิกในกลุ่มเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือทำโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และด้านการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยรวมเท่ากับ 0.99 CVI ของคำถามประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วม เท่ากับ 1.00, 0.99, และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดำเนินการโดยทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่ตำบลนาพล อำเภอมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 20 คน การประเมินพบว่า แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความเชื่อมั่น

KR-20 เท่ากับ 0.83 ซึ่งอยู่ในระดับดี แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าเท่ากับ 0.79 ซึ่งอยู่ในระดับน่าเชื่อถือ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและการใช้รูปแบบฯ

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดการประชุมคณะทำงานการพัฒนาแบบฯ จำนวน 15 คน ณ ห้องประชุม อบต. น้ำผุด คณะทำงานฯ ประกอบ กำนันตำบลน้ำผุด นายก อบต. น้ำผุด นักพัฒนาชุมชน อบต. น้ำผุด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านน้ำผุด อสม. 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 คน ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำผุด 2 คน และตัวแทนพระสงฆ์ 1 รูป เพื่อระดมความคิดเห็นต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนาแบบฯ และแผนการปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุ

การประชุมเริ่มโดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการประชุม และนำเสนอผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ในประเด็นข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผลจากการประชุมกลุ่มต่อที่ประชุม หลังจากนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมระดมความคิดเห็นในประเด็นปัญหาหลักของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่ ปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนา/อุปสรรคที่ควรแก้ไข บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการดูแล แนวทางการบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ องค์ประกอบของ “รูปแบบการดูแล” ที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วม ตัวอย่างคำถามที่ใช้ “เรามีจุดแข็งอะไรในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของเรา?” “หากจะสร้างระบบดูแลแบบทุกมิติ ควรมีส่วนประกอบอะไรบ้าง?” “ใครควรเป็นผู้นำหรือหน่วยงานหลักในแต่ละกิจกรรม?” “จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นอย่างยั่งยืนได้อย่างไร?” ระหว่างการประชุม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นการคิดและผู้จัดการกระบวนการ โดยใช้เทคนิคการวาดผังภาพเพื่อจัดกลุ่มประเด็นให้เห็นโครงสร้างของแบบฯ ได้แก่ 1) การจัดตั้งทีมดูแลร่วมตำบลน้ำผุด 2) การดูแลสุขภาพ คัดกรอง และเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง 3) การแต่งตั้งอาสาสมัครดูแลเพื่อนสูงวัย หรือ อสม. ดูแลผู้สูงวัยแบบ 1 ต่อ 1 4) วางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแบบองค์รวม 5) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 6) การจัดระบบติดตามสุขภาพ และ 7) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 38 คนในพื้นที่เป็นเวลา 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ

การประเมินผลเชิงปริมาณทำใน 3 ส่วน คือ 1) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต 2) การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ 3) การประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้วิธีการเดียวกันกับการศึกษาในระยะที่ 1

การประเมินผลเชิงคุณภาพเป็นการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คนซึ่งเป็นชุดเดียวกับการศึกษาในระยะที่สอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการประชุมซึ่งเริ่มด้วยการนำเสนอผลลัพธ์จากการประเมินผลเชิงปริมาณในการศึกษาระยะที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการประชุม เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และมุมมองที่สะท้อนถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบที่ได้พัฒนา ผู้วิจัยขอให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระต่อคำถามปลายเปิดที่สร้างโดยจากแนวคิด Six Building Blocks Plus One ตัวอย่างคำถามในการอภิปราย เช่น 1) ท่านคิดว่ารูปแบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่หรือไม่ เพราะเหตุใด 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกำลังเพียงพอและมีความสามารถตามความคาดหวังของชุมชนหรือไม่ อย่างไร 3) ระบบข้อมูลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความถูกต้อง ครบถ้วน และถูกนำมาใช้ในการวางแผนหรือปรับปรุงบริการอย่างไรบ้าง 4) ในมุมมองของท่าน ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงยาหรืออุปกรณ์การแพทย์ได้สะดวกเพียงใด และมีเทคโนโลยีใดที่ควรนำมาใช้เพิ่มขึ้นหรือไม่ 5) งบประมาณที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาจากแหล่งใด และเพียงพอต่อการดำเนินการหรือไม่ ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร 6) ผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานในพื้นที่มีบทบาทสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพ และควรเสริมบทบาทด้านใดบ้าง และ 7) ชุมชนมีส่วนร่วมในรูปแบบที่พัฒนานี้อย่างไร และมีแนวทางใดที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทเพิ่มขึ้นในอนาคต จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสรุปประเด็นร่วมกัน และเสนอแนะแนวทางปรับปรุง/พัฒนาเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ความดัน

โลหิต ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในช่วงก่อนและหลังเข้าการทดลองใช้รูปแบบฯ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test การทดสอบการแจกแจงปกติใช้ Shapiro-Wilk test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยกำหนดรหัสและจัดหมวดหมู่ประเด็นหัวข้อการวิเคราะห์ (themes) ตามด้วยการตีความข้อมูล การตีความเชิงลึก และสรุปผล

ผลการวิจัย

ลักษณะของผู้สูงอายุในการศึกษา

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการศึกษา 38 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 79.74 ± 11.15 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.37) เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 68.42) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ (78.95) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.11) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 89.47) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ $2,131.58 \pm 955.53$ บาท รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60.53) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 52.63) และมีสมาชิกในบ้านเฉลี่ยอยู่ที่ 3.08 ± 1.44 คน

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุทุกรายเข้ารับบริการที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาล มีกายอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยเหลือที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 50.00) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 89.47) เป็นโรคต่อกระจาก โรคต่อหีน (ร้อยละ 65.79) โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม โรคเกาฏุมธาตุยด์ (ร้อยละ 57.89) ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 55.26) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 34.21) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 5.26) ผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนที่และปัญหาปวดตามข้อ ร้อยละ 81.59 เท่ากัน มีปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 65.79) มีปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 50.00) มีปัญหาการได้ยิน (ร้อยละ 36.84) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ร้อยละ 34.21) และมีปัญหาการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 21.05)

จากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q plus พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 50.00 ผลการคัดกรอง 9Q พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก (ร้อยละ 50.00) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.68) ระดับน้อย (ร้อยละ 21.05) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 5.26)

สำหรับข้อมูลสภาวะทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่คู่สมรสถึงแก่กรรม (ร้อยละ 68.42) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตร/หลาน (ร้อยละ 52.63) รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล (ร้อยละ 44.74) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง (ร้อยละ 73.68) ในยามเจ็บป่วยสามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ได้ (ร้อยละ 76.32) เมื่อเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 65.79) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ทำงานในหมู่บ้าน (ร้อยละ 63.16) ส่วนใหญ่มีบุคคลที่ไว้วางใจ คอยดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจ และสามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ คือ บุตร/คู่สมรส (ร้อยละ 97.37) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่ไม่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ (ร้อยละ 86.90)

ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจากการสนทนากลุ่ม

ผลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านในตำบลน้ำผุด พบประเด็นปัญหาเชิงระบบที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินงาน ดังนี้

1) บริการสุขภาพ: ผู้สูงอายุติดบ้านหลายรายอยู่ลำพังในช่วงกลางวัน ขาดผู้ดูแลประจำ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่ได้รับการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีระบบ Long Term Care แต่กิจกรรมขาดแนวทางบูรณาการดูแลร่วม ดังคำกล่าว

“แต่ละวันคนแก่บางคนจะอยู่คนเดียว เวลาลูกหลานไปทำงานตอนกลางวัน บางคนเขาจะลุกเดินลำบาก ไม่มีคนดูแล ไม่มีคนพาไปหาหมอ บางทีกะถ้าแต่หมอให้มาแะถามแะเยี่ยม ระบบดูแลมันมีอยู่แล้วแหละ แต่กะยังทำไม่ได้ทุกคน ไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่กะมานาน ๆ ที่” (อสม. ก)

2) กำลังคนด้านสุขภาพ: บุคลากรสุขภาพมีจำนวนจำกัดโดยเฉพาะใน รพ.สต. ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุติดบ้านได้อย่างทั่วถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดทักษะดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ดังคำกล่าว

“เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. กะมีอยู่ไม่กี่คน งานกะมากในแต่ละวัน ได้เยี่ยมบ้านแต่ช่วงบ่าย บางวันต้องออกพื้นที่ บางวันต้องอยู่เวร ทำให้ไม่ค่อยได้ไปเยี่ยมคนแก่ที่ติดบ้าน เพราะต้องไปรีบเยี่ยมคนติดเตียง เพราะคนกลุ่มนี้ต้องไปช่วยเค้าทำแผล บางคนรอหมอมาเยี่ยมนานเป็นเดือน แต่พอเราคิดว่ารอได้ ก็ต้องไปเยี่ยมคนแก่ที่จำเป็นมากกว่า” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ข)

“ฉันกะดูแลพ่อแก่มั่ว ๆ ไปพันนั้นแหละ เรียนมาแต่ก็ไม่รู้จะทำถูกม่าย ไม่มีใครมาสอนเท่าไร ใจใจล้น ๆ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก)

3) ระบบข้อมูลสุขภาพ: ฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุแบบรายบุคคลยังไม่เป็นปัจจุบัน และข้อมูลไม่ได้ถูกใช้เพื่อประกอบการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว

“ข้อมูลในระบบ บางทีกะเก่าแล้วนะ คนแก่ตายไปแล้วแต่ข้อมูลยังอยู่ บางคนเพิ่งย้ายเข้ามากะยังไม่มีชื่อ” (นักพัฒนาชุมชน)

“บางทีข้อมูลคนเฒ่าที่ติดบ้าน เรากะไม่รู้ว่าเป็นอะไร บางคนบ้านอยู่ลึก ไม่ได้ไปสำรวจ เลยไม่ได้ส่งข้อมูลให้หมอบันทึก อสม.บางคนเก็บ แต่อยู่ใน (กระ) ดาษที่บ้าน” (อสม. ค)

4) ระบบเวชภัณฑ์และเทคโนโลยี: ปัญหาที่พบในการศึกษา คือ การขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน และวัสดุฟื้นฟูสุขภาพ ดังคำกล่าว

“อยากให้คนแก่ที่เดินไม่ค่อยได้ ได้ไม้เท้าแบบสีขา แต่เบี้ยยังชีพกะไม่พอซื้อเอง ไม่เท่าธรรมดาที่มีกะไม่แข็งแรง” (ตัวแทนผู้สูงอายุ ก)

5) ระบบการเงิน: งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกระบวนการเบิกจ่ายที่ขาดความยืดหยุ่นและคล่องตัว ทำให้เกิดอุปสรรคในการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายหรือในกรณีเร่งด่วน ดังคำกล่าว

“งบมีอยู่ แต่ใช้จริง ๆ มันไม่คล่อง ต้องทำเรื่องหลายขั้นตอน บางทีคนแก่กะรอไปก่อน” (ผู้แทน อบต.)

6) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ: การไม่มีเวทีสื่อสารระหว่างหน่วยงานในพื้นที่และการทำงานแบบแยกส่วน ทำให้บางกิจกรรมเกิดความซ้ำซ้อนและไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

“แต่ละหน่วยงาน ทำของใครของมัน ไม่มีเวทีนั่งคุยกันชัด ๆ ว่ากะเดินไปทางไหน บางเรื่องกะซ้ำซ้อน บางเรื่องกะหลุดไปเลย” (ตัวแทน อบต.)

7) การมีส่วนร่วมของชุมชน: ครอบครัวของผู้สูงอายุบางรายไม่มีศักยภาพในการดูแล ในบางรายมีสมาชิกครอบครัวซึ่งไม่อยู่บ้านในบางเวลา และชุมชนยังไม่เข้ามามีบทบาทที่ชัดเจน ดังคำกล่าว

“คนในชุมชนก็อยากช่วย แต่ไม่มีใครมาเชิญชวนหรือให้บทบาท เราเลยไม่รู้จะเริ่มยังไง” (พระสงฆ์)

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจากการประชุมกลุ่มได้รูปแบบ “NAMPHUT Model” (รูปที่ 1) คำว่า NAMPHUT เป็นอักษรย่อที่สะท้อนแนวคิด 7 องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านอย่างมีส่วนร่วม โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีดังนี้

N: Non-communicable disease (NCD) คือ การมุ่งเน้นการเฝ้าระวังและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCDs) ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน น้ำผุด โดยมีการตรวจคัดกรองและติดตามสุขภาพทุก 3 เดือน ซึ่งครอบคลุมถึงการวัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และ BMI รวมทั้งจัดอบรมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค NCD และโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยทีมสุขภาพจาก รพ.สต.ในพื้นที่น้ำผุด นักโภชนาการ และ อสม.

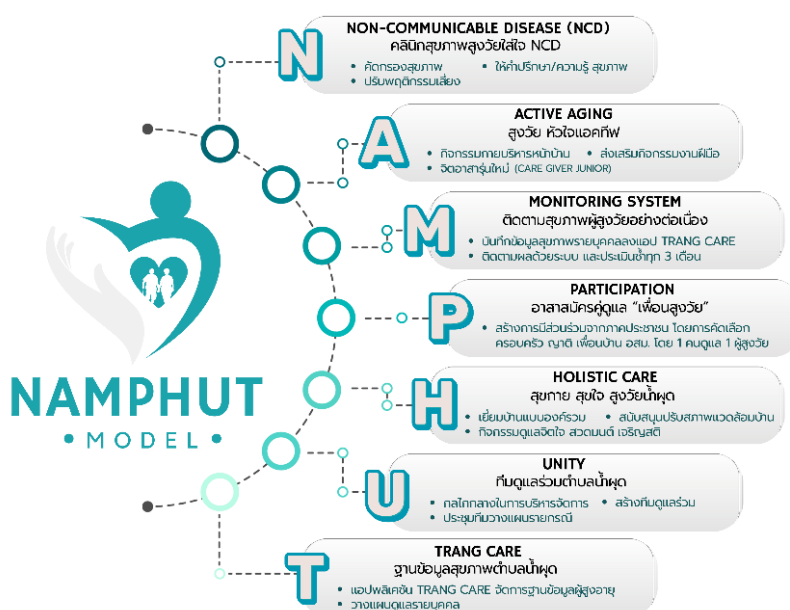
A: Active aging คือ การส่งเสริมการมีสุขภาพกายและใจที่ดี โดยการจัดกิจกรรมกายบริหารหน้าบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมกิจกรรมฝึกสมองและสร้างความภาคภูมิใจ เช่น การทำเครื่องจักสานจากต้นคลุ้ม รวมถึงเปิดโอกาสให้เยาวชนจิตอาสารุ่นใหม่ เข้าร่วมจัดกิจกรรมนันทนาการกับผู้สูงอายุติดบ้านตำบลน้ำผุด เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต

M: Monitoring system คือ การบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชัน Trang Care ซึ่งจะถูกแสดงผลบนระบบ Dashboard เพื่อใช้ในการติดตาม วิเคราะห์ และวางแผนดูแลรายบุคคลได้อย่างแม่นยำ โดยมีการประเมินซ้ำทุก 3 เดือนโดยทีมดูแลร่วมตำบลน้ำผุด เพื่อประเมินความก้าวหน้าและปรับแผนตามความเหมาะสม

P: Participation คือ กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากประชาชนในตำบลน้ำผุด โดยคัดเลือกครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน หรือ อสม. ในตำบลน้ำผุดให้ทำหน้าที่เป็น “คู่ดูแล” สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน “1 คู่ดูแล ต่อ 1 ผู้สูงอายุติดบ้าน” เพื่อเสริมสร้างความใกล้ชิด ความต่อเนื่องในการดูแลและสร้างแรงสนับสนุนจากชุมชน โดยมีการอบรมเบื้องต้นและมอบคู่มือการดูแลอย่างเหมาะสม

H: Holistic Care คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การเจริญสติ การพูดคุยและให้คำปรึกษา การสนับสนุนการปรับปรุงสภาพบ้าน เช่น ทางลาด ห้องน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้สะดวกขึ้น โดย อบต. ผู้นำชุมชน อสม. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

U: Unity คือ การสร้างกลไกการทำงานแบบบูรณาการ โดยจัดตั้ง “ทีมดูแลร่วมตำบลน้ำผุด” ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เจ้าหน้าที่ของ อบต. ผู้นำชุมชน



รูปที่ 1. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

ตารางที่ 1. ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 12 สัปดาห์ (n = 38)

ผลลัพธ์	ก่อน	หลัง	P ¹
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	23.43±3.65	23.34±3.64	0.087
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	133.45±15.44	127.29±18.16	<0.001
ระดับความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	139.79±5.40	135.79±5.51	<0.001
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	82.26±4.15	80.39±4.58	<0.001
ความรู้ (คะแนนเต็ม 14) (พิสัย 0–14)	7.29±1.25	11.00±1.19	<0.001
พฤติกรรม (คะแนนเต็ม 3) (พิสัย 1–3)	1.79±0.38	2.33±0.14	<0.001

1: Wilcoxon signed-rank test

และตัวแทนครอบครัว โดยมีหน้าที่วางแผนรายการนี้ ประชุมร่วมกันเป็นระยะ และแบ่งบทบาทในการติดตาม เยี่ยมบ้าน และจัดการทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน

T: Trang Care คือ แอปพลิเคชันจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับรายบุคคล ชื่อ Trang Care ซึ่งสามารถใช้ในการบูรณาการข้อมูลของ รพ.สต. อบต. อสม. และหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ทำให้สามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยง และวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบ Dashboard เพื่อรายงานสถานการณ์ปัจจุบันทันทีแก่ทีมดูแลร่วมตำบลน้ำผุด

ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบฯ

จากตารางที่ 1 หลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สำหรับค่า BMI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.087$) หลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ ($P < 0.001$)

การประเมินรูปแบบฯ ในเชิงคุณภาพ

ผลจากการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหลังการดำเนินงานตามรูปแบบ NAMPHUT Model ภายใต้กรอบ Six Building Blocks Plus One พบผลดังนี้ 1) บริการสุขภาพ: มีการวางแผนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ ครอบครัว

และชุมชนตำบลน้ำผุด ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของแต่ละราย โดยมีการใช้แอปพลิเคชัน Trang Care สนับสนุนการติดตามสุขภาพและบริการเชิงรุก 2) กำลังคนด้านสุขภาพ: มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล เช่น caregiver junior และทีมดูแลร่วมตำบลน้ำผุด นอกจากนี้ ยังมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในตำบลน้ำผุดเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน 3) ระบบข้อมูลสุขภาพ: มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพอย่างเต็มที่มากขึ้น เช่น การใช้ฐานข้อมูล HDC และ Trang Care 4) ระบบเวชภัณฑ์และเทคโนโลยี: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตำบลน้ำผุดสามารถเข้าถึงยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์พื้นฐาน ผ่านการสนับสนุนจากรพ.สต. และ อบต.น้ำผุด 5) ระบบการเงิน: มีการใช้สนับสนุนทรัพยากรจาก อบต.น้ำผุด และผู้นำชุมชน รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ตำบลน้ำผุด ทำให้สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบริการดูแลสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ: มีการแต่งตั้งคณะทำงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลน้ำผุดโดยผู้นำชุมชน และนายก อบต.น้ำผุด คณะทำงานฯ ทำหน้าที่วางแผน ติดตามและประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลน้ำผุด และ 7) การมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนตำบลน้ำผุดมีการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งทีมดูแลร่วมตำบลน้ำผุดประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. อสม. เจ้าหน้าที่จาก อบต. ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ และชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการบูรณาการการทำงานของภาครัฐในพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เช่น รพ.สต. อบต. ผู้นำชุมชน อส

ม. ครอบครัว เยาวชน และพระสงฆ์ ทั้งในการวางแผนและดำเนินงาน ทำให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจในระดับพื้นที่

“อบต. เข้ามาช่วยหางบค่าน้ำมันรถพา อสม. ไปเยี่ยมบ้าน จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ทีมมีกำลังใจและความรู้เพิ่มขึ้น” (ผู้นำท้องถิ่น ก)

“ตอนแรกยายไม่ยอมให้ใครเข้ามายุ่ง แต่พอ อสม. มาบ่อย ๆ มานั่งคุยเฉย ๆ ยายยอมเปิดใจ ให้ตรวจสุขภาพ” (ผู้ดูแล ข)

2) โครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีระบบ เพราะมีการกำหนดองค์ประกอบ 7 ด้าน ทำให้เกิดกรอบแนวทางการดำเนินงานที่ครบถ้วนทั้งเชิงบริการ กำลังคน เทคโนโลยี ข้อมูล และชุมชน

3) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการจัดการข้อมูลสุขภาพ คือ แอปพลิเคชัน Trang Care และระบบ dashboard มาใช้ในการติดตามสุขภาพ ช่วยให้ทีมดูแลสามารถวางแผนดูแลรายบุคคลได้อย่างแม่นยำและทันเวลา
“พอ อสม. ลงพื้นที่แล้วเจอปัญหา เขาก็กรอกข้อมูลในแอป Trang Care แล้วเราที่ รพ.สต. ก็ตามเคสต่อได้เลย” (เจ้าหน้าที่ ก)

4) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในระดับชุมชน อสม. และครอบครัว ผ่านการอบรมและมีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล และลดภาระของระบบบริการสุขภาพ

“มีอยู่ครั้งนึง ยายที่ติดบ้านกลัมนในบ้านกลางคืนญาติโทรหา อสม. พอ อสม. ประสานศูนย์ตำบล เลพาไปโรงพยาบาลได้ทัน” (ผู้นำท้องถิ่น ข) และ

5) กิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ในชุมชน เช่น กิจกรรมกายภาพ กิจกรรมฝึกสมอง และกิจกรรมร่วมระหว่างวัย ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุติดบ้าน

“คุณตาอยากแฉวีดีโอพระเทศน์ ลูกสอนให้เปิด YouTube พอตาตั้งใจ ตาก็บอกลูกให้กดให้ทุกวัน” (ผู้ดูแล ก)

รูปแบบ NAMPHUT Model เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว เยาวชน และภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านกำลังคนและภาระงานของทีมดูแล: เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มักมีภาระงานมาก การติดตามต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านจึงไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 2) การเข้าถึงเทคโนโลยีได้ยากในบางหมู่บ้าน: แม้จะมีการใช้แอปพลิเคชัน แต่บางพื้นที่ยังขาดอุปกรณ์ สมาร์ทโฟน และมีปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ต 3) ความต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน: บางครอบครัวหรืออาสาสมัครบางรายอาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง และ 4) งบประมาณสนับสนุนที่จำกัดและไม่ต่อเนื่อง: งบประมาณส่วนใหญ่ต้องพึ่งพิงโครงการหรือการสนับสนุนเฉพาะกิจ ซึ่งไม่ใช่งบประมาณประจำ

การอภิปรายและสรุปผล

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.42) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 79.74 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศที่ผู้หญิงมักมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการขาดทักษะในการดูแลตนเอง

ในด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษาไม่มีรายได้ประจำ พึ่งพาเบี้ยยังชีพเป็นหลัก และมีรายได้เฉลี่ยไม่ถึง 3,000 บาทต่อเดือน ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจอย่างเห็นได้ชัด และสะท้อนถึงบทบาทของรัฐที่ต้องสนับสนุนให้ครอบครัวมากขึ้น ขณะเดียวกันครอบครัวก็ยังเป็นหน่วยหลักในการดูแล โดยเฉพาะบุตรหลาน และยังพบว่าในผู้สูงอายุติดบ้านบางคน บุตรหลานไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ต้องอยู่ตามลำพังในช่วงกลางวัน

ในด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีโรคประจำตัวหลายโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว เช่น ปวดข้อ ข้อเสื่อม ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และมีผลต่อภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ามีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการนอนหลับ ซึ่งลดคุณภาพชีวิตในภาพรวม ปัญหาที่ค้นพบมีสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวหลายโรค

โดยเฉพาะโรค NCDs ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวที่มีความซับซ้อน (12)

ปัญหาด้านสุขภาพจิตก็เป็นประเด็นที่น่ากังวล เนื่องจากผลการคัดกรองพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนหนึ่งอาจมาจากการสูญเสียคู่ชีวิต ความเหงา หรือข้อจำกัดในการใช้ชีวิต องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านมีแนวโน้มจะเผชิญภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมมากกว่ากลุ่มอื่น ในมิติทางสังคม แม้ครอบครัวจะเป็นกำลังหลักในการดูแล แต่พบว่าบางครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุก็ไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนหรือศาสนาอย่างถี่ถ้วน ซึ่งอาจเป็นผลจากปัญหาในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมหรือสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

จากผลการสนทนากลุ่มโดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus One พบว่าประเด็นที่เป็นข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านในตำบลน้ำผุด คือ ในด้านบริการสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านจำนวนมากต้องอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน ขาดผู้ดูแลประจำ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่ได้รับการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีระบบ Long Term Care (LTC) แต่กิจกรรมที่ดำเนินการยังขาดแนวทางบูรณาการดูแล ในด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะใน รพ.สต. ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุติดบ้านได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเองก็ยังขาดทักษะและความรู้เฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยอื่น ๆ ที่เน้นความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและผู้ดูแล ในด้านระบบข้อมูลสุขภาพ พบว่า ฐานข้อมูลสุขภาพรายบุคคลยังไม่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่มีอยู่ไม่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อประกอบการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับระบบเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีพบว่ายังขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ส่วนในด้านระบบการเงิน พบว่างบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกระบวนการเบิกจ่ายที่ขาดความยืดหยุ่นและ

คล่องตัว ทำให้เกิดอุปสรรคในการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุในรายบุคคล หรือในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ในส่วนของภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ พบว่ายังไม่มีเวทีสื่อสารและทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ การทำงานยังคงเป็นแบบแยกส่วน ทำให้บางกิจกรรมเกิดความซ้ำซ้อนและไม่ต่อเนื่อง และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าครอบครัวบางรายไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุบางราย สมาชิกในครอบครัวไม่อยู่บ้านในช่วงเวลาต่าง ๆ และชุมชนโดยรวมยังไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างชัดเจน ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่า พื้นที่ยังขาดการมีส่วนร่วมและบูรณาการร่วมกันของชุมชน ภาครัฐเครือข่าย รวมถึงผู้ดูแลหรืออาสาสมัคร การจัดกิจกรรมยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน แต่จัดตามงบประมาณที่จัดสรรไว้ (12)

การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน “NAMPHUT Model” ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่คณะทำงานฯ ร่วมกันวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ ระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กระบวนการดังกล่าวทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ NAMPHUT Model รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการจัดการโรค NCDs ผ่านการตรวจคัดกรองและติดตามสุขภาพสม่ำเสมอ และมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่า การจัดการโรค NCDs อย่างมีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเสริมสร้างความรู้ในการจัดการโรคด้วยตนเอง (12) นอกจากนี้ องค์ประกอบ Active aging ของ NAMPHUT Model ที่เน้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการฝึกสมอง มีความใกล้เคียงกับผลที่พบในการศึกษาที่ชุมชนบ้านหนองแสง ตำบลเวียงนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (10)

ในการศึกษารั้งนี้มีการจัดเก็บข้อมูลและประเมินผลด้วยแอปพลิเคชัน Trang Care ภายใต้องค์ประกอบ Monitoring system เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูลสุขภาพ

และการดูแลผู้สูงอายุ ในทำนองเดียวกันกับการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่ รพ.สต. อ่างทอง อำเภอแม่ทา จังหวัดลำปางที่พบว่าระบบเทคโนโลยีช่วยให้ทีมดูแลสามารถติดตามข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุรายบุคคลได้เป็นปัจจุบัน และสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบุคคล (13)

NAMPHUT Model ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และ อสม. ในการเป็นคู่ดูแล ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาการเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคมในจังหวัดสงขลาที่พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนผ่าน คือ บทบาทของเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน เช่น การมีคู่ดูแลช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ (14)

ด้านการดูแลแบบองค์รวมของ NAMPHUT Model ให้ความสำคัญกับการบูรณาการสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างครบถ้วน สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในความซับซ้อนของความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้าน ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมและอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพและภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน ในทำนองเดียวกันกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในเขตสุขภาพที่ 8 ที่พบว่า การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความปลอดภัยและอิสระในการดำเนินชีวิต (15) องค์ประกอบสุดท้าย ของ NAMPHUT Model คือ Trang Care ซึ่งช่วยบูรณาการข้อมูลและทรัพยากรในระดับพื้นที่ ผลการศึกษาในครั้งนี้โดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ดที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ได้ผลต้องยึดบริบทของชุมชนเป็นสำคัญ (16)

จากการประเมินผลการใช้ “NAMPHUT Model” ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือด SBP และ DBP ลดลง ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองแสง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (10) ที่พบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การใช้รูปแบบฯ ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี (12) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการศึกษา BMI ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาของการทำกิจกรรมยังไม่ยาวนานพอที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ BMI อย่างชัดเจน หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม เช่น ภาวะทุพโภชนาการหรือโรคประจำตัวที่มีผลต่อน้ำหนักตัว

ผลจากการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบ NAMPHUT สามารถเสริมสร้างระบบสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านได้อย่างครอบคลุมตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus One โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริการสุขภาพที่มีการวางแผนร่วมกัน การพัฒนากำลังคนในชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพด้วยเทคโนโลยี การสนับสนุนเวชภัณฑ์และเทคโนโลยี การใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม และที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบ NAMPHUT ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย การมีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการจัดการข้อมูล การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน และกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ในชุมชน ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความเข้มแข็งของชุมชน (13)

ในขณะเดียวกัน การวิจัยยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขนาดตัวอย่างน้อย การใช้ตัวอย่างเพียง 38 ราย อาจทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติน้อยและไม่สามารถตรวจจับความแตกต่างของผลลัพธ์บางตัวได้ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังไม่มีกลุ่มควบคุมเนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงส่งผลให้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่า การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์

ที่เกิดขึ้นมาจากรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยตรงหรือไม่
ระยะเวลาในการติดตามผลของการศึกษาค่อนข้างสั้นเพียง
3 เดือน ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับติดตามผลลัพธ์ด้าน
สุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่ต้องใช้เวลาในการ
เปลี่ยนแปลง เช่น BMI

แม้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจะสอดคล้องกับบริบท
ชุมชนและได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ แต่
การดำเนินโครงการยังประสบกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและ
ทรัพยากร เช่น ภาระงานของทีมนักดูแลในระดับ รพ.สต.
ความไม่พร้อมด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในบางพื้นที่ การ
มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ยังไม่ต่อเนื่อง รวมถึง
ข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุน ทั้งนี้ ข้อจำกัดดังกล่าว
สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
การเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคมในจังหวัด
สงขลาในจังหวัดสงขลาซึ่งพบอุปสรรคในการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุจากทรัพยากรและความไม่แน่นอนของการ
มีส่วนร่วมในชุมชนเช่นเดียวกัน (14)

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบฯ ที่
พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน
โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของแต่ละ
พื้นที่ เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน แต่ควร
มีการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง
เพื่อปรับปรุงและพัฒนาูปแบบฯ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ความยั่งยืนของการดำเนินงานตามรูปแบบ NAMPHUT ใน
ระยะยาว และศึกษาผลกระทบของรูปแบบฯ นี้ต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างรอบด้าน นอกจากนี้ควรมี
การพัฒนาูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้มี
ความหลากหลายและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น การดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก
คณะทำงานและภาคีเครือข่ายที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง
จังหวัดตรัง และสละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการ
วิจัย ขอขอบคุณคณาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดตรัง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษานี้ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2022: Summary of results [online]. 2022 [cited Oct 27, 2024]. Available from: www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-prospects-2022
2. Thai Elderly Research and Development Foundation. Situation of the Thai elderly 2023. Bangkok: Thai Elderly Research and Development Foundation; 2023.
3. National Statistical Office. The situation of the Thai older persons 2022: Living arrangements of older persons [online]. 2022 [cited Oct 27, 2024]. Available from: www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf
4. Thai Elderly Research and Development Foundation. Situation of the Thai elderly 2022. Bangkok: Thai Elderly Research and Development Foundation; 2022.
5. Trang Provincial Health Office. Health data of Trang Province 2024. Trang: Trang Provincial Health Office ; 2024.
6. Namphut Subdistrict Health Promoting Hospital. Annual report 2023. Trang: Namphut Subdistrict Health Promoting Hospital; 2023.
7. Sirikasem S. District desirable health system knowledge management using the Six Building Blocks Plus One framework. Phitsanulok: Naresuan University; 2020.
8. Prapokklao Institute. Highlights of the King Prajadhipok's Institute Awards 2009 on transparency and public participation. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2010.
9. Weerawaitaya W. Development of a health care model for older adults according to the new normal health guidelines with community and network participation in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2023; 3: 1-12.

10. Wattanaprapijit S, Glangkarn S, Srisupak R. Development of a home-bound elderly health care model with community participation: Ban Nong Saeng, Tambon Waeng Nang, Mueang District, Maha Sarakham Province [master thesis]. Maha Sarakham: Rajabhat Maha Sarakham University; 2018.
11. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Handbook for elderly screening/assessment. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Printing House; 2014.
12. Milincharoonpong N, Srisuphanun M, Chanthamolee S, Suwan P. Development of a health care model for home bound elder by community participation in Ubon Ratchathani, Thailand. The Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(Suppl): 173-84.
13. Wicha S, Sripatrangkoon S, Saowapa B, Muengon kaew T, Rungreung S, Manop N, et al. The study of the health care service networking for the home-bound elders and bed-bound elders: Hong Ha Health Promotion Hospital, Maetha District, Lampang Province. MCU Academic Journal 2018; 22: 70–85.
14. Duangpan N, Naowsawan K, Traiwan R. Development of health promotion activity model for older adults: Transition from home-bound to active aging in Songkhla Province. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office 2020; 26: 112–28.
15. Srihabot C, Riabporn V, Srisapun A, Rattananimit N, Cheangkha K, Prabsatru S, et al. Participatory action research to develop a model for mental health promotion and mental health problems prevention in home-bound older adults, Health Region 8. Journal of Health and Nursing Education 2023; 6: 32–44.
16. Laowong A, Butdeewong C, Siwina S, Kaewpila J, Yeesaraphat B. Elderly with dependency care model in local community of Roi-Et Province. Journal of Modern Learning Development 2021; 6: 268–77.