

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน
อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

คมสันต์ เตือนจันทิก, พ.บ.,

ณัฐนิชา ต่วงคำวิชัย, พ.บ.,

วัชรารณณ์ ชื่นขวา, พย.บ.

สังกัดกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีบุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วัสดุและวิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 8 คน และ ผู้สูงอายุ จำนวน 289 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้ในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ KR20 = 0.88 การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ $\alpha = 0.82$ และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ $\alpha = 0.91$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Paired t-test

ผลการศึกษา: พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติการ การตรวจสอบผลการปฏิบัติ การปรับปรุง และประเมินผล ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดี 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูล ข่าวสาร และ 5) การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้าย หลังการพัฒนาศักยภาพมีความรู้ในการ จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.027$) และมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) ความเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 44.6 ความจำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.3 ความสามารถในการทรงตัวโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อสรุป: หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมี ความจำ ความสามารถในการทรงตัว และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลชุมชน

Effects developing model providing health services for elderly in community hospital Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province

Komsun Tuanchanthuek. M.D.,

Natnicha Dungkhamwichai, B.N.S.

Watcharaporn Khankwa, B.N.S.

department of internal medicine ,Si Bunrueang hospital District, Nong Bua Lamphu Province

Abstract

Background: to study development and evaluate of developing a model for providing health services for elderly in community hospitals. Si Bunruang District Nong Bua Lamphu Province.

methods: this research and development, sample group of 8 service personnel and 289 elderly people. Research tools were patient record form and network questionnaire. Research instrument was questionnaire as follows: Knowledge of elderly health services KR20 = 0.88, elderly health care practices alpha= 0.82, and elderly daily practices alpha= 0.91. Statistics used included descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test, and Paired t-test.

Results: It was found that Development of a model for providing health services for the elderly in community hospitals Using the PDCA cycle development process as follows: plan, do, check action of improvement and evaluation. Consisting of 5 measures as follows: 1) Developing the potential of personnel in providing health services for the elderly, 2) Strengthening good health care, 3) Promoting family participation, 4) Providing information, and 5) Developing the potential to care for the elderly in their final stages. After developing personnel, there was a statistically significant increase in knowledge in providing health services for the elderly ($p=0.027$) and there was a statistically significant increase in overall elderly care practices ($p=0.017$). Falls risk increased 44.6%, memory increased 98.3%, overall balance ability increased significantly ($p<0.001$), and overall daily activities increased significantly ($p<0.001$) and there was statistically significant decrease in overall depression ($p<0.001$).

Conclusion: Developing model of providing health services for elderly in community hospitals as result elderly had memory, balance ability and increase an activity of daily living.

Keywords: Model Providing Health Services, Elderly, Community Hospital

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 **Revised** 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

ความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593¹ ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ สังคมไทยก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ประเทศต้องประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการ สุขภาพและการจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้แก่ ผู้สูงอายุตามมา ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะ ของการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอาจเป็น ผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจ ในตนเองลดลง และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ และต้องการ การพึ่งพามากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม และเกิดการพึ่งพิง สิ่งเหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ² การบริการในสถานบริการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย ส่วนใหญ่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ รองลงมาเป็นการให้บริการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด³

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เริ่มเปิดคลินิกผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุ ที่จะเข้ารับบริการ สามารถมารับบริการได้หลาย ช่องทาง เพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการได้ทั่วถึงความสะดวก และรวดเร็ว (access) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ ที่ส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชน (community screening) 2) ผู้สูงอายุที่รับ-ส่งต่อมาจากสถานบริการ ภายในจังหวัด ระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ (refer system) และ 3) ผู้สูงอายุที่ต้องการมารับบริการเอง (walk in) เกณฑ์เป้าหมายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิ กผู้สูงอายุ และ 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ สถานการณ์สุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564-2567 มีผู้สูงอายุ จำนวน 68,586, 72,988, 84,426 และ 88,051 คน คิดเป็นร้อยละ 16.56, 16.99, 16.59 และ 17.31 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคัดกรอง จำนวน 27,572 คน (ร้อยละ 34.55) แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 26,354 คน (ร้อยละ 95.58) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,092 คน (ร้อยละ 3.96) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 0.47) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,681 คน เรียงตามอำเภอที่พบมากที่สุดคือ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 2,011 คน รองลงมาคือ อำเภอสรีบุญเรือง จำนวน 1,252 คน และ อำเภอนากลาง จำนวน 745 คน ตามลำดับ โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคัดกรองพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับบริการ ในโรงพยาบาล ศรีบุญเรือง จำนวน 1,252 คน คิดเป็นร้อยละ 22.04 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แบ่งเป็น จำนวน (ร้อยละ)

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

กลุ่มติดสังคม เท่ากับ 811 (64.78) กลุ่มติดบ้าน 414 (33.06) และกลุ่มติดเตียง 27 (2.16) พบผู้สูงอายุหกล้ม จำนวน 10 คน และภาวะสมองเสื่อม จำนวน 24 คน⁴

จากข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ พบว่า เนื่องจากวิถีชีวิตปัจจุบันของคนไทย กลุ่มวัยทำงานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน สืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ และทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านในช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาภาวะสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะเสื่อมของร่างกายตามวัยจึงมีความต้องการการดูแล จากปัญหานี้พบว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม การรับประทานยาผิดพลาด รับประทานยาไม่ตรงเวลา ปัญหาการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทำให้ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เมื่อเกิดการหกล้มอาจมีปัญหาเรื่องการจำกัดการดำเนินสุขภาพตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมีการพัฒนารูปแบบและมีการนำรูปแบบไปปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นมาตรฐานเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่องผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อประเมินผลการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดการศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล ดังนี้ 1) กลุ่มบุคลากร ได้แก่ ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา 2) ผลลัพธ์การจัดบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การคัดกรองการได้ยิน การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความเสี่ยงหกล้ม การคัดกรองศักยภาพสมองเบื้องต้น MMSE ความสามารถในการทรงตัว คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการประเมินโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มกราคม 2568 ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 8 คน คัดเข้าศึกษาทั้งหมด โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม 2 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน เภสัชกร 1 คน และ ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน

2. การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 289 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การศึกษา คำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดการระบบการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การจัดการระบบส่งต่อ 4) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 5) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน กำหนดการแบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา จำนวน 22 ข้อ การตอบระดับการปฏิบัติ มี 1-5 ระดับ⁹ การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ดังนี้ คะแนน 1.0-25.0 ระดับต่ำ 26.0-30.0 ระดับปานกลาง 31.0-75.0 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลและการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 11 ด้าน ผู้วิจัยนำมาจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ¹¹ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ค่าระดับความดันโลหิต ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะอ้วนลงพุง การแปลผลระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด (มก./ดล.) คือ ระดับปกติ <160-199

ระดับเริ่มสูง 200-239 ระดับสูง 240-279 ระดับสูงมาก 280-319 ระดับสูงอันตราย ≥320

ส่วนที่ 2 การคัดกรองภาวะสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ คัดกรองการได้ยิน (Finger rub test) การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพทางตา คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม และการประเมินความเสี่ยงหกล้ม Timed Up and Go test

ส่วนที่ 3 การคัดกรอง MMSE-Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แปลโดย โสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์¹²

ส่วนที่ 4 การประเมินความสามารถในการทรงตัว จำนวน 14 ข้อ ด้วยวิธี Berg Balance Scale 14 กิจกรรม¹³ การตอบ มี 1-5 ระดับ⁹ การแปลผลรวม 70 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ คะแนน 14.0-23.0 ระดับต่ำ 23.01-46.0 ระดับปานกลาง 46.01-70.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ¹⁴ การตอบ มี 1-5 ระดับ⁹ การแปลผลรวม 130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ คะแนน 26.0-43.0 ระดับต่ำ 43.01-86.0 ระดับปานกลาง 86.01-130.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 6 การประเมินโรคซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) การตอบคือ 0 = ไม่มีเลย ถึง 5 = เป็นทุกวัน การแปลผลคือ คะแนน 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง กรณีคะแนน ≥ 13 ส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเครื่องมือการวิจัย โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 คน ค่า CVI = 1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้ คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ ด้วยสูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.88 การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ การปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ alpha= 0.82 และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ alpha= 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา อธิบายโครงการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง จัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการจัดเก็บข้อมูล 2) เก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มบุคลากร และกลุ่มผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 ในเดือนตุลาคม 2567 (pre-test) ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนมกราคม 2568 (post-test) ใช้เวลาตอบประมาณ 20-30 นาที

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 24/2567 วันที่ 9 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ดังนี้ การวางแผนพัฒนาระบบ (plan) การปฏิบัติการ (do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และการประเมินผล (action) ปัญหาเดิมพบว่า 1) ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ยังขาดความครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2) ขาดแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับที่เกี่ยวข้อง 3) ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ดี 4) ขาดแนวทางการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามบทบาทที่กำหนด 5) ขาดระบบ

การติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

ปัญหาการจัดบริการแบบเดิม	กิจกรรมการพัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ยังขาดความครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง	การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ผลการพัฒนาได้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	1. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 11 ด้าน
2. ขาดแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับที่เกี่ยวข้อง	ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถจัดทำโครงการขอสนับสนุนโครงการ
3. ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
4. ขาดแนวทางการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามบทบาทที่กำหนด	จัดประชุมชี้แจงการปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนค่าใช้จ่าย LTC ให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขในการจัดบริการ	

2. ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.20-5.24, p=0.027) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=8)

ระดับความรู้	คะแนนเต็ม	Median	S.D.	95%CI	Z	p-value
ก่อนอบรม	20	15.50	18.50	1.20-5.24	2.207	.027*
หลังอบรม	20	3.845	2.669			

*p<0.05, Wilcoxon Signed Ranks Test

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

3. การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากร พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.71-25.71, $p=0.017$) การปฏิบัติการคัดกรองเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รองลงมาคือ การประเมินคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน ($p=0.28$) และน้อยที่สุดคือการประเมินคัดกรองกลุ่มอาการ ($p=0.15$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=8)

ปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพ	ก่อนพัฒนา Mean±S.D.	หลังพัฒนา Mean±S.D.	t	95%CI	p-value
การประเมินคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน	20.13±4.64	23.25±1.38	-2.029	1.51-6.76	.028*
การประเมินคัดกรองกลุ่มอาการ	37.88±8.02	42.38±2.13	-1.591	2.1-11.18	.015*
การส่งเสริมสุขภาพและการติดตาม	19.63±5.95	22.13±5.11	-1.680	1.01-6.01	.037*
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	12.25±3.32	14.13±1.24	-2.376	1.09-3.74	.049*
รวมทุกด้าน	89.88±20.97	101.88±7.35	-2.069	1.71-25.71	.017*

*p-value<.05, Paired t-test

4. โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ระดับที่เสี่ยง ได้แก่ เพศชาย ร้อยละ 34.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 25.3 อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.9 Systolic blood pressure ระดับเสี่ยง ร้อยละ 42.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.4 ระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 24.6 รอบเอว ร้อยละ 42.9 ดัชนีมวลกาย ร้อยละ 42.9 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อเสี่ยง (n=289)

โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย (เสี่ยง)	100	34.6
สูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่ไม่เกิน 1 ปี (เสี่ยง)	73	25.3
อายุเสี่ยง ≥ 65 ปี	228	78.9
Systolic blood pressure ≥ 140 -159 มม.ปรอท	122	42.2
มีโรคเบาหวาน (เสี่ยง)	88	30.4
ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	74	25.6
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ≥ 200 -239 มล./ดล.	71	24.6
ค่ารอบเอวระดับเสี่ยง มากกว่า 90 เซนติเมตร	124	42.9
ดัชนีมวลกายเสี่ยง (<18.50 ; ≥ 23 กก./ตารางเมตร)	124	42.9

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

5. ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 46.4 สายตาระยะไกล ร้อยละ 64.7 การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth) ร้อยละ 67.5 และมีความเสี่ยงหกล้ม (Timed Up and Go test: TUG) ร้อยละ 44.6 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (n=289)

การคัดกรองภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ		
มีฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ)	134	46.4
การคัดกรองสุขภาพทางตา		
สายตาระยะไกล : นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง <3 ใน 4 ครั้ง	187	64.7
คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม		
ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	195	67.5
มีความเสี่ยงหกล้ม (Timed Up and Go test: TUG)	129	44.6

ผลการทดสอบความจำ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีความจำเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ Registration การบอกชื่อบ้าน ร้อยละ 98.3 รองลงมาคือ Orientation for Place อยู่ที่ยืนเท่าไร ร้อยละ 97.2 และน้อยที่สุดคือ Writing ให้เขียนข้อความ ร้อยละ 67.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความจำรายข้อตอบถูก เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=289)

ผลการทดสอบความจำ MMSE	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Orientation for Time	227	78.5	261	90.3
Orientation for Place อยู่ที่ยืนเท่าไร	251	86.9	281	97.2
Registration การบอกชื่อแต่ละคำ	206	71.3	243	84.1
Writing ให้เขียนข้อความตามคำสั่ง	139	48.1	194	67.1

7. ความสามารถในการทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 5.42-6.90, $p<0.001$) มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 13.67-18.46, $p<0.001$) และภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.85-2.78, $p<0.001$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนา (n=289)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	Mean±SD	t	95%CI	p-value
ความสามารถในการทรงตัว					
ก่อนพัฒนา	70	45.81±10.59			
หลังพัฒนา	70	51.97±11.92	-16.447	5.42-6.90	.000*
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ก่อนพัฒนา	130	78.07±22.95	-13.198	13.67-18.46	.000*
หลังพัฒนา	130	94.14±21.53			
ภาวะซึมเศร้า					
ก่อนพัฒนา	45	16.47±5.81	9.787	1.85-2.78	.000*
หลังพัฒนา	45	14.15±6.38			

*p-value<.05, Paired t-test

อภิปราย

1. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ดังนี้ การวางแผนพัฒนาระบบ (plan) การปฏิบัติการ (do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และการประเมินผล (action) ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ และ 5) การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้าย อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 มาตรการหลักอย่างครบวงจร จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความจำ ความสามารถในการทรงตัวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาล พบว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในสถานพยาบาล และเป้าหมายบูรณาการของการดูแลสุขภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาให้เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และกระบวนการมาตรฐานของการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบหน่วยบริการแบบช่องทางพิเศษหรือจุดเดียว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานสูงตั้งแต่แรกเริ่มในทุกะยะไปจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน¹⁵

2. การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ในด้านการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ตามเป้าหมาย รองลงมาคือ บันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในระบบข้อมูล และปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนักระดับรอง ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า บุคลากรมีการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่พบผู้สูงอายุให้ข้อคิดเห็นว่าการจัดบริการใกล้บ้านทำให้เข้าถึงบริการง่าย มีการจัดบริการที่ครบถ้วนครบทุกสาขาวิชาชีพ สามารถบริการด้วยความรวดเร็ว มีขั้นตอนในการบริการที่ไม่ซับซ้อน ส่วนสาเหตุที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดคือ ไม่มีใครพาไปโรงพยาบาลและไม่สะดวกในการเดินทาง¹⁶

3. ผลการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ถ้าเป็นเพศชายเสี่ยง สูบบุหรี่ อายุ 65 ปีขึ้นไป Systolic blood pressure ระดับเสียงสูง เป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดเสี่ยง รอบเอวเสี่ยง และ ดัชนีมวลกายเสี่ยง ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ประมาณการณ์ในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันแท้น้อยกว่าเกณฑ์ สายตาระยะไกล ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth) และมีความเสี่ยงหกล้ม (Timed Up and Go test: TUG) ผลการทดสอบความจำ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีความจำเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ Registration การบอกชื่อบ้าน รองลงมาคือ Orientation for Place อยู่ที่ไหนเท่าไร และ Writing ให้เขียนข้อความ ตามลำดับ และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวโดยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันโรค¹⁷ และการศึกษาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่พบว่า ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบ 4 อันดับแรกคือ ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก และด้านความจำ¹⁶

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ สวมใส่เสื้อผ้า ติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้เอง รองลงมาคือ เข้าใช้ห้องน้ำช่วยตัวเองได้ดีขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงมากที่สุดคือ ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น มากที่สุดคือ เปลี่ยนจากยืนเป็นนั่งได้เอง รองลงมาคือ ยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ

และมีความสามารถในการทรงตัว ยืนขาข้างเดียวได้นานที่สุดโดยไม่ยึดวัตถุใด ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพและป่วยโรคเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มอื่นๆ¹⁸ จากผลการวิจัยภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่าจะประกอบด้วย ความเครียด พลังสุขภาพจิต ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้างมากขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทำให้ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับดี¹⁹ และการศึกษาที่พบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น²⁰

ข้อสรุป หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความจำ ความสามารถในการทรงตัว และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านของตนเองได้อยู่กับลูกหลาน ญาติ เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้น จึงควรใช้เป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนในการพัฒนาให้การสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลและเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเอง ในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญอันดับต้น ๆ ที่จะต้องพัฒนา

2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยครอบครัวเป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านคุณภาพการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรผู้ให้บริการ ในสถานบริการสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

คำขอบคุณ ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่เปิดโอกาสทำการวิจัยและให้คำแนะนำปรึกษาการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. 2023. URL: <https://www.who.int>
2. ณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
3. นงลักษณ์ พะไยยะ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, วาสนี วิเศษฤทธิ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):200-17.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS) ระดับกระทรวง. 2567. URL: <https://www.npo.moph.go.th/webnp/index.php>
5. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. 2564. URL: www.qualtrics.com/au
6. อธิภัทร อติวิจิตรระการ, ชวนนท์ อิมอาบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2562;38(4):288-98.
7. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
8. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Likert R. The method of constructing an attitude scale. In: Fishbein M, editor. Readings in attitude theory and measurement. New York: John Wiley & Sons; 1967.
10. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
11. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. 2564. URL: <http://agingthai.dms.go.th>
12. โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. Cognitive impairment in medicine: Basic and clinical neuroscience. MoCA Thai version. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
13. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JL. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Scand J Rehabil Med. 1995;27:27-36.
14. ไพริน ศิริพันธ์. ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดตราด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(3):37-48.
15. งามเนตร เอี่ยมนาคะ. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):124-32.

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

16. วรณฤดี ศิริธรรม, สุชาดา โพธิ์น้มีไทย. ประสิทธิผลของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. 2567:1-16.
17. วุฒิชัย แป้นทอง, รัตนา สายยศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในช่วงสถานการณ์โควิด-19. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(2):662-76.
18. ศิริวรรณ เชาวโน, พรชัย ขุนคงมี. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขสุลลันนา. 2565;18(1):32-44.
19. พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, กฤติยาพร คำไข, เจนนภา หาญโง้น, ภาวิณี วงษ์กันหา. โควิด-19 กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์. 2565;9(9):1-14.
20. วัฒนา จันทรเปรม, มยุรี บุญทด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566;6(1):14-34.