Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of an Elderly Care Model during Winter Respiratory Disease Outbreaks in Yang Talat District, Kalasin Province

ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ[1*]

Prasittichai Kanlayasonti[1*]

1 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 10 มีนาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 20 มีนาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 31 มีนาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):57-69.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568 ระยะประเมินผลใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 15 คน จาก 15 ตำบล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.11) อายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 44.44) ปัญหาที่พบ ได้แก่ ความกังวลเรื่องโรคเรื้อรัง การขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ความรู้เรื่องอาหาร และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงอากาศหนาว รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 มาตรการ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคอันตราย การอบรมมาตรการป้องกันแบบครอบจักรวาล (UP-DMHTA) การสนับสนุนวัคซีน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม หลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.52±2.41 เป็น 8.01±1.56 ($t = 3.52$, $p = 0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 7.73±3.76 เป็น 9.92±1.76 ($t = 4.53$, $p < 0.001$) และความพึงพอใจเฉลี่ย 13.33±3.18 คะแนน ควรทดสอบรูปแบบเพิ่มเติมโดยใช้ภาคีเครือข่ายชุมชนและญาติผู้ดูแลเป็นกลไกหลัก ร่วมกับแบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ฤดูหนาว, โรคทางเดินหายใจ

Abstract

This research and development study aimed to analyze the situation, develop, and implement an elderly care model during winter respiratory disease outbreaks in Yang Talat District, Kalasin Province, from December 2024 to February 2025. The evaluation phase used a one-group pretest–posttest design. The sample consisted of 45 participants: 15 older adults, 15 network partners, and 15 family caregivers from 15 sub-districts. The instruments were focus group guidelines, semi-structured interviews, a knowledge test, a behavior assessment, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

Most participants were female (71.11%), and the largest age group was 60 years or over (44.44%). The problems identified were concerns about chronic diseases, lack of caregiving skills and confidence, limited knowledge of nutrition, and respiratory infections during cold weather. The developed model comprised seven measures: surveillance of dangerous diseases, universal prevention (UP-DMHTA) training, vaccination support, an elderly-friendly community environment, a specialist consultation system, community health literacy, and holistic elderly care. After implementation, the mean knowledge score increased from 6.52±2.41 to 8.01±1.56 ($t = 3.52$, $p = 0.001$), the mean behavior score increased from 7.73±3.76 to 9.92±1.76 ($t = 4.53$, $p < 0.001$), and satisfaction averaged 13.33±3.18. The model should be tested further with community networks and family caregivers as the key mechanism, using comparison-group designs.

Keywords: Older adults, Winter season, Respiratory diseases

บทนำ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นภัยสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีการประมาณว่าไข้หวัดใหญ่ฤดูกาลเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากสาเหตุทางเดินหายใจปีละ 291,000–646,000 ราย[1] และประมาณสองในสามของการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ฤดูกาลเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป[2] สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2566 จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66.05 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 12.76 ล้านคน หรือร้อยละ 19.31[3] และผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567 พบผู้สูงอายุ 14.03 ล้านคน หรือร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ[4] ผู้สูงอายุในไทยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.6 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.3 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.1[4] ข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565 พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อ 199,694 ราย และเสียชีวิต 14,589 ราย แม้การได้รับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีมากถึงร้อยละ 74.21 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสร้างผู้ดูแล (Caregiver) โดย 1 คน สามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้มากถึง 7 คน และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดูแลตนเองได้ในชุมชน[5]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้สูงอายุ 215,621 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 18 อำเภอ แต่ยังพบปัญหาผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ขาดการบูรณาการทุกภาคส่วน และขาดการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่[6] ในช่วงฤดูหนาว ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สะสม 668,027 ราย เสียชีวิต 51 ราย และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต[7] จังหวัดกาฬสินธุ์มีรายงานผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ 1 ราย ในปี พ.ศ. 2567[8] และในสัปดาห์ที่ 19–25 มกราคม 2568 ทั่วประเทศมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 7,819 ราย ปอดอักเสบ 3,884 ราย และโควิด 19 จำนวน 779 ราย[9] สำหรับอำเภอยางตลาดมีผู้สูงอายุ 22,709 คน คิดเป็นร้อยละ 20.46 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60–69 ปี) ร้อยละ 58.20 ตอนกลาง (70–79 ปี) ร้อยละ 31.23 และตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.57 (ข้อมูลปี พ.ศ. 2567) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ต้องดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ[10] โดยเฉพาะในช่วงเดือนธันวาคมถึงกุมภาพันธ์ที่อากาศหนาวเย็นและมีโรคทางเดินหายใจระบาด ซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง

การศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่ใกล้เคียงชี้ว่า การดูแลผู้สูงอายุควรใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 จังหวัดขอนแก่น[11] การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี[12] ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[13] และการพัฒนารูปแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม[14] อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจหลายชนิดระบาดพร้อมกัน (research gap) ภายใต้บริบทวัฒนธรรมอีสานและกลไกภาคีเครือข่ายของอำเภอยางตลาด

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมอีสาน โดยอาศัยครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคทางเดินหายใจในช่วงฤดูหนาวได้อย่างยั่งยืน ผลการวิจัยคาดว่าจะได้รูปแบบที่หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายนำไปใช้ลดการเจ็บป่วยรุนแรงและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนเป็นฐาน และมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นฐานในการพัฒนา 7 มาตรการ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งผลด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568 รวม 3 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (ธันวาคม 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (ปลายเดือนธันวาคม 2567–ต้นเดือนมกราคม 2568) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (มกราคม–กุมภาพันธ์ 2568) โดยโปรแกรมกิจกรรมทดลองใช้ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน จำนวน 624 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 22,709 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 750 คน ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง (Paired t-test) โดยกำหนดค่า $Z\alpha$ = 1.96 (Type I error ร้อยละ 5 ความเชื่อมั่นร้อยละ 95) และ $Z\beta$ = 0.84 (Type II error ร้อยละ 20 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80) กำหนดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (σd) เท่ากับ 2.87 และผลต่างที่คาดหวัง (Δ) เท่ากับ 1.20 คะแนน ได้ขนาดตัวอย่าง 44.85 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 15 คน คัดเลือกจากตัวแทน 15 ตำบล ตำบลละ 3 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้นตามตำบลและกลุ่ม (ตำบลละ 1 คนต่อกลุ่ม) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เลือกจากครัวเรือนละ 1 คน หากไม่ครบจึงสุ่มในครัวเรือนถัดไปจนครบตามจำนวน โดยไม่มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถูกแทนที่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สื่อสารภาษาไทยได้ 2) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ หน่วยงานรัฐ ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสบการณ์ดูแลมากกว่า 3 ปี 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ 5) ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด และ 2) ขอถอนตัวจากการวิจัย โดยรายงานจำนวนผู้ยุติการเข้าร่วมในผลการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 7 มาตรการ (ตาราง 2) และคู่มือการดำเนินงาน ส่วนกระบวนการกลุ่ม การประชาคม และการถอดบทเรียนเป็นวิธีดำเนินการในระยะที่ 1–2 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แนวคำถามสนทนากลุ่มปลายเปิด 8

ข้อ 2.2) แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชนิดเลือกตอบถูก–ผิด 15 ข้อ 2.3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ 14 ข้อ ช่วงคะแนน 14–70 คะแนน คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนรายข้อ (อาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุ สุขอนามัย และการปรับตัวต่อความเครียด) และ 2.4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ 8 ข้อ ช่วงคะแนน 8–40 คะแนน วัดหลังใช้รูปแบบ โดยปรับเนื้อหาให้ครอบคลุมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแนวคำถามสนทนากลุ่ม เท่ากับ 0.78 ของร่างรูปแบบ เท่ากับ 0.82 และของเครื่องมือประเมินผลโดยรวม เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในอำเภอข้างเคียง รวม 30 คน กลุ่มละ 10 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ (KR-20) 0.84 ค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินพฤติกรรม 0.82 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ **1** ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (ธันวาคม **2567)** เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายและผู้นำชุมชน และญาติผู้ดูแล จำนวน 45 คน จากตัวแทน 15 ตำบล แบ่งการสนทนากลุ่มเป็น 3 กลุ่มตามประเภทผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 15 คน ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม บันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม เก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ด้วยแนวคำถาม 8 ข้อ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบ โดยร่างรูปแบบเริ่มต้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (ปลายเดือนธันวาคม 2567–ต้นเดือนมกราคม 2568) ยกร่างรูปแบบจากข้อมูลระยะที่ 1 ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่งผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.82) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และพัฒนาเครื่องมือประเมินผล

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (มกราคม–กุมภาพันธ์ 2568) จัดอบรมตามกิจกรรมของรูปแบบ ครั้งละ 4 ชั่วโมง ช่วงบ่าย จำนวน 3 ครั้ง ภายใน 4 สัปดาห์ ทดสอบความรู้และประเมินพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้ดูแลออกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านใน 15 ตำบล รวม 150 ราย ประเมินความรู้และพฤติกรรมซ้ำ และประเมินความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม ติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ และสรุปผลถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (กุมภาพันธ์ 2568)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.4.1 ผ่าน RStudio 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สำหรับข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังใช้รูปแบบ แยกรายกลุ่ม (ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย) และรวมทั้งหมด หลังตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างด้วย Shapiro–Wilk test (หากไม่เป็นโค้งปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test) รายงานผลต่างเฉลี่ย ($\bar{d}$) 95% CI และ Cohen's dz แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom สำหรับความรู้ และเกณฑ์ของ Best สำหรับพฤติกรรมและความพึงพอใจ ส่วนความพึงพอใจรายงานด้วยสถิติเชิงพรรณนา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว (privacy) การรักษาความลับ (confidentiality) และการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับจังหวัดไม่ได้เป็นผู้ซักชวนหรือเก็บข้อมูลโดยตรง เพื่อป้องกันการบีบบังคับทางอ้อม

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 เป็นผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 15 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 รองลงมา 21–25 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 และ 31–35 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 ตามลำดับ สถานภาพสมรสโสดมากที่สุด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือแต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน 12 คน (ร้อยละ 26.67) และอื่น ๆ (หย่า/แยกกันอยู่/ไม่ระบุ) 10 คน (ร้อยละ 22.22) ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.89 รองลงมา ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	28.89
หญิง	32	71.11
กลุ่มตัวอย่าง		
ผู้สูงอายุ	15	33.33
ญาติผู้ดูแล	15	33.33
ภาคีเครือข่าย	15	33.33
อายุ (ปี)		
18–20 ปี	2	4.44
21–25 ปี	7	15.56
26–30 ปี	3	6.67
31–35 ปี	4	8.89

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
36–40 ปี	4	8.89
41–45 ปี	2	4.44
46–50 ปี	2	4.44
51–59 ปี	1	2.22
60 ปีขึ้นไป	20	44.44
สถานภาพสมรส		
โสด	18	40.00
แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน	12	26.67
หม้าย	5	11.11
อื่น ๆ (หย่า/แยกกันอยู่/ไม่ระบุ)	10	22.22
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	22.22
ประถมศึกษา	4	8.89
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	11.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	8.89
ปริญญาตรี	22	48.89

1.2 สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายชุมชน และญาติผู้ดูแล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในอำเภอยางตลาดมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด คิดว่าตนเองขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแล ชุมชนอยากได้การสนับสนุนจากรัฐและทีมดูแลที่เป็นวิชาชีพ ต้องการความรู้เรื่องอาหาร และมีความกังวลใจเรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วงฤดูหนาว เช่น ไข้หวัดใหญ่ และปอดอักเสบ รวมถึงโควิด 19 ตลอดจนการป้องกันความหนาวเย็นและการเข้าถึงวัคซีนของผู้สูงอายุ สรุปเป็นประเด็นหลักได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความกังวลต่อโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ซึ่งพบมากในกลุ่มญาติผู้ดูแล 3) ความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพบมากในกลุ่มภาคีเครือข่าย และ 4) ความกังวลต่อโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาวและการเข้าถึงวัคซีน ซึ่งพบในทุกกลุ่ม

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบตามกระบวนการออกแบบกิจกรรม กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบร่วมกัน นำไปทดลองใช้ และประเมินผล โดยร่างรูปแบบเริ่มต้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) เฝ้าระวังผู้สูงอายุจากโรคอันตราย 2) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะกับผู้สูงอายุ 3) เพิ่มระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบคำปรึกษาแพทย์ และ 4) ส่งเสริมให้ อสม. ผู้ดูแล และคนในชุมชนดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม หลังการตรวจสอบโดย

ผู้เชี่ยวชาญและการถอดบทเรียน ได้ปรับเป็น 7 มาตรการก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 ดังแสดงในตาราง 2 และภาพ 1

ตาราง 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด (7 มาตรการ)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1–4	1) เฝ้าระวังผู้สูงอายุจากโรคอันตราย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจหลอดเลือด พลัดตกหกล้ม และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ โควิด 19)	แบบคัดกรองความเสี่ยง ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว	เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์	ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันเสื่อมและมีโรคร่วม การเฝ้าระวังเชิงรุกช่วยให้พบอาการผิดปกติและส่งต่อได้เร็ว
1	2) อบรมมาตรการป้องกันแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) ร่วมกับ D-M-H-T-A (UP-DMHTA) ผู้สูงอายุสวมหน้ากากตลอดเวลา ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และญาติภายในบ้านผู้สูงอายุ (เว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก ล้างมือ ตรวจคัดกรอง ใช้แอปพลิเคชัน)	คู่มือ สื่อวิดีโอ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์	4 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย)	โรคทางเดินหายใจแพร่ผ่านละอองฝอย มาตรการป้องกันแบบครอบคลุม (Universal Prevention) ช่วยลดการแพร่เชื้อในครัวเรือน
2	3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และโควิด 19	ทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใบนัดฉีดวัคซีน	ตลอดโครงการ	วัคซีนช่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง
2–3	4) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะกับผู้สูงอายุตามมาตรฐาน COVID Free Setting บนแพลตฟอร์ม Thai Stop Covid Plus ของกรมอนามัย และจัดบ้านให้อบอุ่น ระบายอากาศ ลดฝุ่น	แบบตรวจสอบสิ่งแวดล้อม (checklist)	4 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย)	สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
3	5) เพิ่มระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อทางเดินหายใจหรือโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยางตลาด	ช่องทางปรึกษา (โทรศัพท์/กลุ่มไลน์) แนวทางการส่งต่อ	ตลอดโครงการ	การเข้าถึงคำปรึกษาแพทย์และการส่งต่อที่รวดเร็วช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน
3–4	6) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป เรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาวและโควิด 19 ให้ผ่านตามมาตรการ Universal Prevention มากกว่าร้อยละ 80	สื่อประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย การประชาคม	4 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ประชาชนตัดสินใจและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ถูกต้อง
4	7) ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ อสม. ผู้ดูแล และคนในชุมชน ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย	คู่มือการดูแลแบบองค์รวม แบบติดตามรายสัปดาห์	ต่อเนื่อง และถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	การดูแลกาย จิตใจ และสังคมควบคู่กัน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาวะซึมเศร้า

2.2 ผลการตรวจสอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านให้ความเห็นว่ารูปแบบมีเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นประโยชน์ และนำไปใช้ได้จริง โดยร่างรูปแบบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.82 ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบอาจนำไปใช้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุนจากนายอำเภอและผู้นำชุมชน และกลไกญาติและผู้ดูแลในชุมชน



ภาพ 1 แผนผังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ผลการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้ดูแลออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุใน 15 ตำบล รวม 150 ราย ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 80.00 มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง 12 ครั้ง และไม่มีผู้ยุติการเข้าร่วมการวิจัย

3.2 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.52±2.41 เป็น 8.01±1.56 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.52, p = 0.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 7.73±3.76 เป็น 9.92±1.76 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.53, p <0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (Paired t-test, n = 45)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
1. ความรู้ (คะแนนเต็ม 15)	ทั้งหมด (n = 45)	6.52	2.41	8.01	1.56	ปานกลาง/มาก	1.49	0.64–2.34	3.52	0.001*
2. พฤติกรรม (คะแนนเต็ม 70)	ทั้งหมด (n = 45)	7.73	3.76	9.92	1.76†	น้อย/มาก	2.19†	1.22–3.16†	4.53	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

†ค่า $\bar{d}$ และ 95% CI คำนวณจากค่าสถิติ t ที่รายงาน

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบ หลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 13.33±3.18 คะแนน (ระดับปานกลาง)

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีความกังวลใจในการดูแลเรื่องโรคเรื้อรังและกังวลเพราะรักษาไม่หายขาด คิดว่าตนเองขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแล ชุมชนอยากได้การสนับสนุนจากรัฐและทีมดูแลที่เป็นวิชาชีพ ต้องการความรู้เรื่องอาหาร และกังวลเรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วงฤดูหนาวและโควิด 19 ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นปัญหาของผู้สูงวัย ทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย นำไปสู่ความพิการ ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่[2,7] ในขณะที่ผู้ดูแลและคนในชุมชนกังวลใจและขาดทักษะในการดูแล คิดว่าตนเองไม่มืออาชีพ ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีการอบรมอย่างเข้มข้นเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแลและคนในชุมชนควบคู่กันไป เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของวรวุฒิ ชมภูพาน และคณะ ที่ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในเขตจังหวัดขอนแก่น[11]

การพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมเริ่มต้น 4 กิจกรรม ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ยังไม่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และยังอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งคล้ายกับข้อค้นพบของสุวิมล รัตน์ รอบรู้เจน[12] เมื่อปรับปรุงเป็น 7 มาตรการ โดยเพิ่มมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาว ได้แก่ การอบรมมาตรการ UP-DMHTA การสนับสนุนวัคซีน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบดังกล่าวอาจนำไปใช้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ เนื่องจากใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับนายอำเภอและผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งช่วยผลักดันมาตรการ อีกทั้งกลไกญาติและผู้ดูแลในชุมชนที่มีสายสัมพันธ์ยึดโยงกันทั้งครอบครัวและชุมชน ช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม[14]

การทดลองใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาที่อาศัยผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายจากคนในชุมชนเอง อย่างไรก็ตาม แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ ส่วนความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจมีความเครียดสะสม จึงควรพิจารณาการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติวงค์ สำสวด ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[13] ทั้งนี้ การวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือนในช่วงฤดูหนาวหนึ่งฤดูกาล กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จำนวน 45 คน และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่อาจสรุปผลเชิงสาเหตุหรือขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างเต็มที่ และไม่ได้ประเมินอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจโดยตรง นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมชุดเดียวกันมีส่วนร่วมทั้งการวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนา และการประเมินผล การรวมผลของสามกลุ่มที่มีบทบาทต่างกันอาจบดบัง

ความแตกต่างรายกลุ่ม และคะแนนหลังการทดลองอาจได้รับผลจากการทดสอบซ้ำ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีความกังวลเรื่องโรคเรื้อรัง การขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ความรู้เรื่องอาหาร และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาว รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 มาตรการ ได้แก่ 1) เฝ้าระวังโรคอันตราย 2) อบรมมาตรการ UP-DMHTA 3) สนับสนุนวัคซีน 4) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสม 5) ระบบคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง 6) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 7) ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม หลังทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($t = 3.52$, $p = 0.001$) และพฤติกรรม ($t = 4.53$, $p < 0.001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นผลเบื้องต้นจากแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ อาจนำรูปแบบ 7 มาตรการไปทดสอบใช้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยสนับสนุนการอบรมคนในชุมชนและญาติผู้ดูแลควบคู่กันเพื่อเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจ ใช้ภาคีเครือข่ายชุมชนและญาติผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญ เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และควรเริ่มดำเนินมาตรการก่อนเข้าฤดูหนาว ประมาณเดือนตุลาคม–พฤศจิกายน โดยเฉพาะการให้วัคซีนและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ขยายขนาดตัวอย่างและระยะเวลาติดตามตลอดฤดูกาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเจ็บป่วย การนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางเดินหายใจ และความคุ้มค่าของรูปแบบ รวมทั้งแยกวิเคราะห์ผลรายกลุ่ม และใช้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลที่ไม่ได้ร่วมพัฒนารูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายอำเภอยางตลาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอยางตลาด ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน และ อสม. ที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนและผู้สูงอายุอำเภอยางตลาดที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มและให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. Lancet. 2018;391(10127):1285-300.
2. Paget J, Spreeuwenberg P, Charu V, Taylor RJ, Iuliano AD, Bresee J, et al. Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: new burden estimates and predictors from the GLaMOR Project. J Glob Health. 2019;9(2):020421.

3. Department of Health, Ministry of Public Health. Situation of the elderly population in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2023 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://eh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-23/download/?did=214511&id=109527 (in Thai)

4. National Statistical Office. The 2024 survey of the older persons in Thailand [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_94190.pdf (in Thai)

5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2015. (in Thai)

6. Kalasin Provincial Public Health Office. Annual report. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai)

7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. DDC reports rising influenza situation and recommends vaccination [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50441&deptcode=brc&news_views=4494 (in Thai)

8. PPTV HD36. Influenza situation 2024: 51 deaths, mostly influenza A [Internet]. Bangkok: PPTV HD36; 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://www.pptvhd36.com/health/news/6503 (in Thai)

9. JS100. Influenza cases in Thailand, 19–25 January 2025 [Internet]. Bangkok: JS100; 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://www.js100.com/en/site/news/view/148202 (in Thai)

10. Yang Talat District Health Office. Summary report of focus group discussions for the development of elderly care. Kalasin: Yang Talat District Health Office; 2021. (in Thai)

11. Chomphuphan W, Chomphuphan W, Sridaket S, Kechit T, Ungpinitpong W, Srikongpli W. Effects of health care for older adults with new-normal anxiety during the COVID-19 pandemic in Khon Kaen Province. Journal of Health Science Research. 2021;15(1):81-92. (in Thai)

12. Robrujen S. Development of a health care model for older adults for caregivers in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017;9(3):57-70. (in Thai)

13. Samsuad K. Factors affecting quality of life of older adults in the eastern provinces. Community Research Journal. 2017;11(2):21-37. (in Thai)

14. Daharn T, Daoraj J. Development of a community-participation health care model for older adults, Nong Lek Subdistrict, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. Maha Sarakham Provincial Public Health Office Academic Journal. 2017;2(3):42-52. (in Thai)