



การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

THE DEVELOPMENT OF A QUALITY CARE MODEL FOR ELDERLY PEOPLE WITH HEALTH PROBLEMS IN PATHUMRAT DISTRICT, ROI-ET PROVINCE

Received: August 07, 2024

Revised: September 16, 2024

Accepted: October 09, 2024

นิสิต บุญอะริณ^{1*}, กองทิพย์ ปินะกาน¹

Nisit Boonarun^{1*}, Kongthip Pinakano¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ 370 คน และ สหวิชาชีพรวมภาคีเครือข่าย 19 คน 2) พัฒนารูปแบบ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 39 คน สุ่มจาก กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนแรก 3) ประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา paired sample t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 39 คน มีปัญหาทันตสุขภาพ ปัญหาการมองเห็น เสี่ยงหกล้มและความคิดความจำบกพร่อง ร้อยละ 64.10, 61.54, 61.54 และ 51.28 ตามลำดับ รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “คู่มือ โจมค้ำ หลานา ผู้สูงวัย” ผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลัง พัฒนารูปแบบ พบว่า การทดสอบการเดินการทรงตัว (TUGT) และการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนปัญหาสายตา ปัญหา ทันตสุขภาพ ยังไม่พบความแตกต่าง ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลรักษาและส่งต่อมากขึ้น ความพึงพอใจต่อ บริการคลินิกผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.28)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประเมินผลในระยะยาวเพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ รูปแบบการดูแล

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ, ผู้สูงอายุ, ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

¹ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

Pathumrat Hospital, Roi-Et Province

*Corresponding author E-mail: boonarunnisit@gmail.com



Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a quality care model for elderly individuals with health issues. It comprised three phases: 1) Situation analysis, involving 370 elderly with health problems and 19 multidisciplinary professionals and network partners; 2) Model development and implementation with 39 participants randomly selected from the first phase; 3) Outcome evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and content analysis.

Results showed that among the 39 elderly participants, 64.10% had dental health problems, 61.54% had vision problems, 61.54% were at risk of falling, and 51.28% had cognitive impairment. The developed model was named "Tum Hom Jom Kham Lam Nam Phu Sung Wai". Statistical tests comparing pre- and post-intervention data revealed significant differences ($p < 0.05$) in the Timed Up and Go Test (TUGT) and Thai Mental State Examination (TMSE) scores. However, no significant differences were found in vision and dental health problems. Elderly participants reported improved access to care and referrals, with highest satisfaction levels for the geriatric clinic services (4.90 ± 0.28).

Recommendations: Long-term evaluation should be conducted to observe more distinct changes in outcomes. Furthermore, collaboration with network partners should be strengthened to develop support systems that enhance healthcare accessibility for the elderly. Continuous activities to promote elderly functional capacity should be organized. These measures aim to improve the effectiveness of the care model.

Keywords: Quality care model, Elderly, Health problems



บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป ในขณะที่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) มีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2566 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.40 และจังหวัดร้อยเอ็ด มีสัดส่วนร้อยละ 19.71⁽¹⁾ แสดงว่า ประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ด ได้เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทำให้ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนมากเป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการสมองเสื่อม และการพลัดตกหกล้ม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเน้นที่การดูแลแบบองค์รวมและในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ มีกรอบแนวคิดที่อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ (First contact accessibility) ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างสะดวก ง่าย และใกล้แหล่งชุมชน ตลอดจนบริการต่างๆ 2) การประสานการดูแลและส่งต่อ (Co-ordination of care) 3) บริการแบบผสมผสานและครอบคลุม (Comprehensive) และ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)⁽²⁾ โดยในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น⁽³⁾ จึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพส่วนใหญ่ ดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีความพร้อมตามบริบทของสถานบริการ ดังนั้น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จึงเป็นความท้าทายในโรงพยาบาลที่มีความต้องการดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมและทั่วถึง

จากฐานข้อมูลประชากร ทะเบียนกลางอำเภอปทุมรัตน์ เดือนมกราคม 2566 ประชากรสูงอายุของอำเภอปทุมรัตน์ รวม 10,268 คน คิดเป็นร้อยละ 19.19 จากประชากรทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อำเภอปทุมรัตน์ ได้เป็นสังคมผู้สูงอายุและกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และจากข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านในชุมชน ปี 2566 ของอำเภอปทุมรัตน์ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 98.90 พบมีปัญหาการมองเห็นบกพร่อง 1,446 คน การเคลื่อนไหวบกพร่อง 740 คน ADL 278 คน ปัญหาทันตสุขภาพ 515 คน กลืนปัสสาวะไม่ได้ 501 คน ปัญหาด้านความคิด ความจำ 110 คน มีภาวะซึมเศร้า 51 คน และการไต่ยีนบกพร่อง 96 คน⁽⁴⁾ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 แต่พบว่ายังมีปัญหาด้านความครอบคลุมและคุณภาพการให้บริการ โดยมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการเพียง 108 ครั้ง ในช่วง 8 เดือนแรก พบผู้สูงอายุสงสัยสมองเสื่อม 12 ครั้ง เสี่ยงหกล้ม 20 ครั้ง OA Knee 49 ครั้ง ปัญหาทันตสุขภาพ 48 ครั้ง ปัญหาการไต่ยีน 8 ครั้ง กลืนปัสสาวะไม่ได้ 14 ครั้ง และมีอัตราการมารับ



การรักษาตามนัดเพียงร้อยละ 27.14 ปัญหาหลักที่พบ คือ ผู้สูงอายุที่มีความเลียงหรือปัญหาสุขภาพ ไม่ได้รับการส่งต่อมายังคลินิก ขาดความต่อเนื่องในการรักษา มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ขาดการประสานงานระหว่างการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและในคลินิก

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยมุ่งเน้น การเพิ่มการเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา โดยเชื่อมโยงระหว่าง ชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการติดตามให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มี คุณภาพครอบคลุมปัญหาสุขภาพมากขึ้น เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ มีความต่อเนื่องในการรักษา และ ลดภาวะแทรกซ้อนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ อำเภอปทุมรัตน์

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในเดือน มกราคม ถึง เดือน มิถุนายน 2567 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ โดยใช้ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการ วิเคราะห์รูปแบบการดูแลในปัจจุบัน โดยระดม สมองจากผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ด้วยกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ใช้กรอบ Deming Cycle⁽⁶⁾ (PDCA) แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Plan) จากการทบทวนวรรณกรรม และประชุมระดมสมอง 2) นำรูปแบบไปใช้ (Do) ระยะเวลา 3 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน 3) ประเมินผลและปรับปรุง (Check & Act) ติดตามประเมินผล และปัญหาการดำเนินงาน ปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินผลรูปแบบ หลังนำรูปแบบไปใช้จริงประเมินผลลัพธ์และสรุป วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สหวิชาชีพที่เป็นคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มภาคีเครือข่าย รวม 19 คน



2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ในขั้นตอนที่ 1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภอบึงสามพัน ที่ผ่านการคัดกรองแล้ว พบว่า มีปัญหาสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 2,811 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁷⁾ โดยใช้ค่าสัดส่วนของความชุกกลุ่มอาการ สูงอายุจากการศึกษาของปิติพร สิริทิพากร และคณะ⁽⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 338 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่ม 10% เป็น 370 คน ในขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power โดยมีค่า α เท่ากับ 0.05 Power เท่ากับ 0.8 effect size 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน จึงปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 39 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มจับสลากจากกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนแรก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ (2) สม่ครใจเข้าร่วมวิจัย (3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ (4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ (2) ไม่สามารถ เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนเสร็จสิ้นการวิจัย เช่น ผู้ที่มีฐานะหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่อง อำเภอบึงสามพัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเลือกตอบตามข้อคำถาม
2. แบบสำรวจความคิดเห็นปัญหาและรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้ Six building blocks เป็นกรอบในการสำรวจ เป็นแบบเติมข้อความ
3. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) ใช้แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) และแบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) สำหรับ รพช.ขึ้นไป ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
4. แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด
5. แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ปี 2567 ของกรมการแพทย์



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Concurrence : IOC) พบว่า ทุกแบบประเมินมีค่า IOC > 0.8

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ และการเข้าถึง แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้อธิบาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อมและเวลาในการเดินและการทรงตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0112567 ลงวันที่ 9 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุจำนวน 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.60 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.20 รองลงมา คือ อายุ 60-69 ปี และ 80-89 ปี ร้อยละ 34.30, 15.10 ตามลำดับ พบปัญหาการมองเห็น ปัญหาทันตสุขภาพ ปัญหาการเคลื่อนไหวและความคิดความจำบกพร่อง ร้อยละ 66.80, 64.05, 45.95 และ 15.68 ตามลำดับ มีความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจากไม่มีคนพามา ร้อยละ 58.18 รองลงมา คือ ระยะทางไกลจากบ้าน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง และไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก ร้อยละ 18.18, 16.36 และ 7.27 ตามลำดับ รูปแบบการดูแลเดิม พบโอกาสพัฒนาในด้านระบบบริการ (Service delivery) ระบบส่งต่อยังไม่ชัดเจน ขาดการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา และขาดการสะท้อนกลับการดูแลต่อเนื่อง อาคารสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน และเป็นการจัดบริการแบบตั้งรับด้านกำลังคน (Health workforce) บุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานมาก ขาดสมรรถนะในการคัดกรอง และดูแลผู้สูงอายุ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information system) พบปัญหาข้อมูลซ้ำซ้อนและมีอุปสรรคการเข้าถึงข้อมูล



รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามา ประยุกต์ใช้แนวคิดหลักของการบริการปฐมภูมิ เพื่อลดปัญหา การเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ 4C Primary care⁽²⁾ เน้นการจัดบริการทั้งในเชิงรับที่โรงพยาบาล และ เชิงรุกในชุมชน เป็นรูปแบบที่เป็นบริบทอำเภอปทุมรัตน์ คือ ดั้มโฮม โจมคำ หล้านา ผู้สูงวัย ประกอบด้วย

1. ดั้มโฮม (Comprehensive) คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นการจัดการบริการคลินิกแบบ One stop service ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของครัวเรือน มีจิตอาสา รายตำบลมีส่วนร่วมในการพาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล โดยการจัดบริการให้ได้ตามเกณฑ์คลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพ ของกรมการแพทย์ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure) บุคลากร (Staff) รูปแบบและการจัดบริการ (Service) และด้านการบริหารจัดการคลินิก (System)

2. โจมคำ (First contact & Coordination) คลินิกผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการให้บริการเชิงรุก ที่ชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและท้องถิ่น ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ เคลื่อนที่ การดูแลทางไกลหรือทางออนไลน์ ผู้ดูแลหรือครอบครัว และเครือข่ายชุมชน

3. หล้านา (Continuity) การติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้าน และการประสานการเยี่ยมบ้านกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

การนำรูปแบบไปใช้ โดยจัดทำโครงการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ออกให้บริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง มีการจัดกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวม (CGA) และให้การดูแลรักษาตามปัญหาสำคัญ โดยสหวิชาชีพ แบ่งกิจกรรม ออกเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ฐานวัดสายตาและให้คำแนะนำโดยพยาบาลวิชาชีพ ฐานตรวจสุขภาพช่องปาก และฟัน และให้คำแนะนำการดูแลโดยทันตบุคลากร ฐานประเมินการเดินและการทรงตัว และ ให้คำแนะนำฝึกบริหารกล้ามเนื้อโดยนักกายภาพบำบัด ฐานประเมิน TMSE และให้คำแนะนำในการ ฝึกกระตุ้นสมองโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลสมองเสื่อม ฐานประเมินภาวะ โภชนาการและให้คำแนะนำการรับประทานอาหารโดยนักโภชนาการ ตลอดจนสอบถามความต้องการ รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาการเข้าถึงของผู้สูงอายุแต่ละคน หลังจากนั้นมีการสรุปข้อมูล เพื่อส่งต่อให้ชุมชนรับทราบข้อมูลและจัดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ตามบริบทที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ โดยการทำข้อตกลงประสานการส่งต่อผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านของคลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่นในการติดตามเยี่ยมเดือนละครั้ง ส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ เข้าเกณฑ์ให้กับทีมเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. การมอบหมายและขอความร่วมมือกับ อสม.ที่รับผิดชอบใน พื้นที่ในการช่วยติดตามผู้สูงอายุ และการติดตามผ่านผู้ดูแลหรือครอบครัวผ่านการดูแลทางไกล เมื่อครบ 3 เดือน นัดผู้สูงอายุพบแพทย์ที่คลินิกผู้สูงอายุ



ผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ คัมโฮม โจมคำ หล้า นำ ผู้สูงวัย

1. ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาล ปี 2567 หลังพัฒนารูปแบบ คะแนนประเมินรวมเพิ่มขึ้นจาก 60 คะแนนเป็น 74 คะแนน ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลระดับ F องค์ประกอบที่ต้องพัฒนา คือ ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure) ในการปรับปรุงให้มีห้องน้ำผู้สูงอายุหรือห้องน้ำผู้พิการที่อยู่ใกล้คลินิกผู้สูงอายุ และภายในห้องตรวจมีขนาดกว้างสามารถนำรถเข็นเข้าไปได้สะดวก ด้านบุคลากร (Staff) สหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลยังไม่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) การจัดให้มีโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมและชะลอความเสื่อม ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว และด้านการบริหารจัดการคลินิก (System) เกี่ยวกับการวิเคราะห์และการจัดสรรอัตรากำลังในคลินิก

2. ผลการเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบที่ผู้สูงอายุเข้าถึงมากที่สุด คือ คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ จำนวน 370 คน และได้รับการติดตามเยี่ยมโดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 102 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพตามปัญหาสำคัญได้มากขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเข้าถึงการดูแลรักษา ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม ปี 2566 และ 2567

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา (คน)	หลังพัฒนา(คน)
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าถึงคลินิกผู้สูงอายุ	77	405
เสียงหกล้ม	19	167
ความคิดความจำบกพร่องและสงสัยสมองเสื่อม	10	57
ปัญหาทันตสุขภาพ	43	244
ปัญหาการมองเห็น	19	248

3. หลังการนำรูปแบบมาทดลองใช้ ผู้สูงอายุ 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.54 อายุเฉลี่ย 74 ปี พบปัญหาทันตสุขภาพ เสียงหกล้ม ปัญหาการมองเห็น และ ความคิดความจำบกพร่อง ร้อยละ 64.10, 61.54, 61.54 และ 51.28 ตามลำดับ ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) < 24 คะแนน ลดลงจาก ร้อยละ 51.28 เป็นร้อยละ 28.21 และผลการทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ≤ 12 วินาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็น ร้อยละ 53.85 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ส่วนปัญหาทันตสุขภาพและการมองเห็นไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 39)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน (n = 39)		หลัง (n = 39)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT)					
≤ 12 วินาที (ปกติ)	15	38.46	21	53.85	0.000*
13 – 20 วินาที (เสี่ยงปานกลาง)	16	41.03	17	43.59	
> 20 วินาที (เสี่ยงสูง)	8	20.51	1	2.56	
Mean ± SD	(16.28 ± 5.91)		(13.21 ± 4.01)		
การประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE)					
24 – 30 คะแนน (ปกติ)	19	48.72	28	71.79	0.002*
< 24 คะแนน (สงสัยสมองเสื่อม)	20	51.28	11	28.21	
Mean ± SD	(20.95 ± 7.68)		(22.56±7.24)		
ปัญหาการมองเห็น					
ปกติ	15	38.50	18	46.20	
การมองเห็นบกพร่อง	24	61.50	21	53.80	0.83
ปัญหาทันตสุขภาพ					
ปกติ	7	17.90	10	25.60	
ฟันผุ มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร	32	82.10	29	74.40	0.09

* p-value < 0.05

4. จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ พบว่า มีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับจากทีมสหวิชาชีพในชุมชน ไม่ต้องเดินทางไกล ประหยัดค่าใช้จ่ายในการไปโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “ดีหลาย หมออออกมาหา มาแนะนำสอดส่อง อยากไปหาหมออยู่แต่ไปลำบาก” ผู้สูงอายุ ก. “กะบ่ได้เจ็บได้ป่วยยัง ให้ไปโรงพยาบาลไปดอก หมออออกมาแบบนี้ กะมาได้ อยู่ดีแสง” ผู้สูงอายุ ข.

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวม ในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.31) ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการ (4.90 ± 0.28) ส่วนรายชื่อที่มีความพึงพอใจในระดับรองลงมา คือ ที่นั่งรอและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ เช่น น้ำดื่ม มุมหนังสือ ห้องน้ำ มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงบริการ (4.77 ± 0.50) ความรวดเร็วในการให้บริการ (4.73 ± 0.58) และ ความเพียงพอของเครื่องมือ อุปกรณ์ (4.67 ± 0.61)



ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งนับเป็น First contact accessibility ที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น การมีผู้ประสานงานการดูแลที่เชื่อมโยง การจัดบริการ และผู้นำที่เห็นความสำคัญและมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ส่วนปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ การขาดงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้าง อาคารสถานที่ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน บุคลากรแพทย์มีการหมุนเวียนให้บริการ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และอัตรากำลังไม่เพียงพอในบางวิชาชีพ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพครั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “คุ้มโสม ใจกล้า หลานา ผู้สูงวัย” ประกอบด้วย คุ้มโสม คือ คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแบบ One stop service ใจกล้า เป็นการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ในชุมชน หลานา เป็นการติดตามผลและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องรวมถึงการประสานการเยี่ยมบ้านกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาล มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 60 เป็น 74 คะแนน ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ และการติดตามเยี่ยมโดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น หลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุที่มีผลการทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็น 53.85 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.72 เป็น 71.79 ทั้งสองกรณีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.31) โดยเฉพาะด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ เครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีผู้ประสานงานการดูแลและผู้นำที่ให้การสนับสนุน ส่วนอุปสรรค คือ การขาดงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้างและการขาดแคลนบุคลากรในบางวิชาชีพ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพในบางด้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในด้านทรัพยากรและบุคลากรที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีเพียง 39 คน ซึ่งอาจไม่สามารถแทนกลุ่มประชากรสูงอายุทั้งหมดได้ ระยะเวลาในการศึกษาที่ค่อนข้างสั้น อาจไม่เพียงพอในการสะท้อนผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง หรือการจัดการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะปัญหาที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เช่น การดูแลทันตสุขภาพ รวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านการมองเห็นที่เสื่อมถอย



อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ คือ การไม่มีคนพามา การขนส่งที่ไม่สะดวก และไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนันทา กาญจนพงศ์ และ ชยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์⁽⁹⁾ ที่ระบุว่า ปัญหาด้านสังคมของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการ เกิดจากความยากลำบากในการเดินทาง ไม่มีบริการรถสาธารณะ บ้านตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางคนเดียวได้ ต้องพึ่งพาลูกหลานหรือผู้อื่น ซึ่งเป็นภาระให้กับครอบครัว นอกจากนี้ ผลการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญของการรับบริการสุขภาพ การเดินทางไม่สะดวก ไม่มีพาหนะ หรือไม่มีคนพามา ประกอบกับการมีภาระอื่นๆ เช่น ต้องเลี้ยงหลานหรือทำงาน และยังมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก หรือการได้ยินที่ถดถอย ดังนั้น จึงควรมีการจัดบริการที่ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การจัดบริการเคลื่อนที่ การดูแลที่บ้าน การช่วยเหลือทางการเงิน และการให้ความรู้ทางสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นภายใต้ชื่อ “ตุ้มโฮม ใจกล้า หลานา ผู้สูงวัย” เป็นการพัฒนาบนพื้นฐานของแนวคิดบริการปฐมภูมิที่เน้นการให้บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยคำนึงถึงการดูแลที่เป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริการแบบไร้รอยต่อ มีการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อและใกล้ชิด ด้วยการสนับสนุนจากเครือข่ายที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบ Seamless Care ในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่เชื่อมโยงกับระบบฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นสมองเสื่อมหรือการพลัดตกหกล้ม ได้รับการตรวจคัดกรองและบริการดูแลเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามแนวทางของกรมการแพทย์⁽¹²⁾ ยังพบว่า มีปัญหาในเรื่องบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก ซึ่งตามมาตรฐานจะต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ในคลินิกผู้สูงอายุ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ แพทย์ที่ประจำในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเป็นแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านจิตเวชชุมชน ซึ่งยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรยังทำให้แพทย์ต้องหมุนเวียนไปให้บริการในจุดต่างๆ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง รวมถึงการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในชุมชน ดังนั้น ควรมีการวางแผนอัตรากำลังเพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และควรจัดอบรม



ให้แก่บุคลากรสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล ให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment ที่เป็นมาตรฐานการประเมินที่สอดคล้องกัน

การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความคิดความจำและเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่า มีพัฒนาการด้านการเดินและการทรงตัวที่ดีขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา กาญจนพงศ์ และชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์⁽⁹⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ออกแบบมาเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสามารถส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการในด้านการคิด ความจำ และการทรงตัว คือ การให้บริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะรูปแบบการบริการ “คุ้มโสม โคมคำ หลานา ผู้สูงวัย” ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่เพียงแต่ให้การดูแลทางสุขภาพอย่างใกล้ชิด แต่ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้มีความมั่นใจในการเดิน การเคลื่อนไหว และลดความเสี่ยงในการล้ม อย่างไรก็ตาม ในส่วนของปัญหาทันตสุขภาพ รวมถึงการมองเห็นที่ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่สั้นเกินไป ปัญหาเหล่านี้ต้องการการการรักษาคิดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจต้องใช้เวลา สรุปได้ว่า การให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่องในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการป้องกันการหกล้มและการเสื่อมถอยทางความคิดและความจำ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ที่มีการเข้าถึงการดูแลรักษามากขึ้น และมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของไพบุลย์ อัสวธนบดี⁽¹³⁾ ที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาโรคเบื้องต้น แต่การวัดผลหลักของคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่วัดผลที่จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดแออัดในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่สามารถจัดแพทย์เฉพาะทางออกไปให้บริการร่วมกับสหวิชาชีพได้ แต่ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อาจจัดให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกไปให้บริการเชิงรุกในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำผลการวิจัยไปขยายการจัดบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยสถานบริการในพื้นที่ต่างๆ ให้มีการปรับรูปแบบการบริการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เช่น การปรับการจัดตั้งคลินิกเคลื่อนที่ และการเยี่ยมบ้าน และประสานการดูแลกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อการบริการที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ



2. สร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ในการสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ควรมีการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และมีการประเมินให้ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลปทุมรัตน์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอปทุมรัตน์ทุกท่านที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จนสามารถจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสุขภาพตามปัญหาสำคัญได้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. คลังความรู้ สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th>
2. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Tyagi S, Kleij RMJJ, Chavannes NH, et al. Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. Primary Health Care Research & Development. 2021; 22(68): 1-9.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งเน้นประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/2023-focus-policy>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านในชุมชน ปี 2566. รายงานข้อมูล HDC รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: www.sasuk101.mop.go.th
5. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.



6. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ftpi.or.th/2015/2125>
7. พงษ์เดชเดช สารการ. ชีวิตที่ดีขึ้นพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อุบลปรารถนา พิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เขาว์พานิชย์เวช, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิส ปิติญาณ, และคนอื่นๆ. ความทุกข์ของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. ว.การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2019; 37: 20-29.
9. สุนันทา กาญจนพงศ์ และชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิชาวาส จังหวัดนราธิวาส. ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46(2): 98-110.
10. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง; 2556.
11. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิมา แก้วอำไพ, และวิไลพร คลีกร. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. ว. ศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17: 255-71.
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic). ซีจีทู; 2564.
13. ไพบุญย์ อัสวชนบดี. ประสิทธิภาพของโครงการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย. ว. วิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2567]; 28(4): 660 – 66. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7753?source=/index.php/JHS/article/view/7753>