

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง

ประภาพร จอมเทพมลา, ป.พ.ส.

Effect of Development and Integration for Long Term Care System of Elderly Ranong Province

Abstract

Objective:To identify the risk factors associated with survival in congestive heart failure at medical wards. **Methods :** A retrospective review of medical records of 730patients who were diagnoses as congestive heart failure in ICD-10 as I-500 between October 2013-september 2015 was conducted. Fifteen factors were included in univariate and only significant factors were included in multivariate analyses. **Results :** Population study were conducted730 patients with average This evaluation and analytical research was to evaluation activities of daily living (ADL) of elderly and compare experiences between before and after of elderly long term care system with integrated in Ranong province. Apply from CIPP model and mixed methods consists of quantitative and qualitative were employed to data collected during 2017; March-May. Simple random sampling was included 472 examples, include 42 personnel, 137 of elderly, 137 of elderly caregiver in family, 132 of elderly caregiver volunteers and 24 of local government administrator. Research tool was included activities of daily living assessment (ADL; alpha 0.86), health care system assessment for the elderly (alpha 0.94), interview record, caregiver volunteer assessment (alpha 0.93) and participatory assessment of local government administrator (alpha 0.97). The analysis approach of the triangulation included the descriptive statistics and inferential statistics were used Chi-Square Tests (χ^2) and content analysis of quantitative.

The results indicated that ADL total was well elder 88.3% (Mean=16.48, SD=5.17), service quality of personnel was high level 85.6% (Mean=38.62, SD=6.31) and overall satisfaction was high level 81.0% (Mean 29.38, SD 5.72), potential of elderly caregiver in family had quality could be used development opportunity better than before was found that significant ($p<0.001$). potential of

Prapaporn Jomtepmala, D.N.S.
Department of Medical
Ranong Hosiptal,
Ranong 85000,

caregiver volunteer had quality could be used development opportunity better than before was found that significant ($p < 0.001$). Local government administrators there were agree with this development of elderly care had significantly better than before system ($p\text{-value} < 0.05$) and overall of product outcome this operation of development system was achieved 8 indicators were as follows elderly who was not exploited 100%, elderly to receive care and treatment when sick 96.9% , religious practice and subsidized dependency 95.4%, elderly have been examined for general health annually 90.5%, reasonable and safe facilities 90.5%, the elderly was mind in family 90.5% and participate in social events 90.1%. 2 indicators were not achieved as exercise and the elderly was live with family or nearby.

Conclusion : These findings illustrate the effected of development for long term care system of elderly could be increased activities of daily living better than before that significantly.

Keywords : Elderly, Development System, Long Term Care System

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลศักยภาพผู้สูงอายุและเปรียบเทียบประสิทธิภาพและบทเรียนระหว่างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนาภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed methods) เชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 472 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 42 คน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 137 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 137 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 132 คน และ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 24 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ ($\alpha 0.86$) แบบประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ($\alpha 0.94$) แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินศักยภาพอาสาสมัคร ($\alpha 0.93$) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ($\alpha 0.97$) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเอน้า ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Chi-Square Tests (χ^2) และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากการประเมินศักยภาพ ADL (Activities of Daily Living) โดยรวมเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี (well elder) ร้อยละ 88.3 (Mean=16.48, SD=5.17) ศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขโดยรวมมีคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.6 (Mean=38.62, SD=6.31) และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.0 (Mean 29.38, SD 5.72) ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีคุณภาพสามารถให้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผลการพัฒนาระบบครั้งนี้มีคุณภาพสามารถให้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลลัพธ์การพัฒนา (Product outcome) ครั้งนี้ผู้บริหาร

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นว่ามีคุณภาพสามารถใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และบรรลุมাত্রฐานตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 96.9 ปฏิบัติศาสนกิจและได้รับเงินช่วยเหลือตามภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 95.4 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปี ร้อยละ 90.5 มีสิ่งอำนวยความสะดวกเหมาะสมและปลอดภัย ร้อยละ 90.5 เป็นที่พึงพอใจให้แก่บุตรหลาน ร้อยละ 90.5 และมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 90.1 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ การออกกำลังกายและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือในบริเวณใกล้เคียงกัน

สรุป ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการสามารถเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุได้มากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำรหัส : ผู้สูงอายุ, การพัฒนาระบบ, ระบบดูแลสุขภาพระยะยาว

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจทำให้คนในครอบครัวมุ่งหาเลี้ยงชีพและแข่งขันทางสังคม จนอาจมองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวน้อยลง จึงเป็นการแยกผู้สูงอายุออกจากครอบครัวมากขึ้น ก่อให้เกิดสภาพการณ์ผู้สูงอายุต้องดำรงชีวิตเพียงลำพังหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพัง ส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าในปี 2545 พบสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 9.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และร้อยละ 11.2 ในปี 2552 ตามลำดับ(2) องค์การสหประชาชาติยังคาดการณ์ว่าแนวโน้มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.1 ใน ค.ศ. 2025 และเพิ่มเป็นร้อยละ 27.1 ใน ค.ศ. 2050(3) อีกทั้งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นจาก 61.4 ปี ใน ค.ศ. 1975 – 1980 เป็น 70.8 ปี ใน ค.ศ. 2000 - 2005 และประมาณการว่าจะเพิ่มเป็น 76.8 ปี ใน ค.ศ. 2025 – 2030⁽⁴⁾ สำนักงานสถิติแห่งชาติยังได้ระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 กล่าวคือ ในขณะนั้น ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด

ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า “ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ⁽⁵⁾ แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอายุขัยของประชากรที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้นทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลมีข้อจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวเป็นเรื่องของครอบครัว⁽⁶⁾

จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป จังหวัดระนองมีกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากปี 2556 จำนวน 20,142 คน เป็นจำนวน 22,216 คน และ 22,467 คน ในปี 2557 และ 2558 คิดเป็นร้อยละ 11.6, 12.6 และ 12.6 ตามลำดับ อัตราเกิดต่อประชากรพันคนมีแนวโน้มลดลง ระหว่างปี 2556-2558 เท่ากับ 11.81, 11.10 และ 10.19 ตามลำดับ ประกอบกับอัตราตายต่อประชากรพันคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2556-2558 อัตรา 5.15, 5.52 และ 5.55 ตาม

ลำดับ และโรคที่เป็นสาเหตุการตายใน 2556-2558 ลำดับที่ 1-5 คือ โรคมะเร็ง (ลำดับที่ 1,1,1) โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (ลำดับที่ 3,2,5) โรคหัวใจขาดเลือด (ลำดับที่ 3,3,4) โรคปอดบวม (ลำดับที่ 2,4,2) และโรคหลอดเลือดสมอง (ลำดับที่ 5,5,3) นอกจากนี้ยังพบว่าตายด้วยโรคมะเร็งแนวโน้มลดลงระหว่างปี 2556-2558 (จำนวน/อัตราต่อประชากรแสนคน) เท่ากับ 56 (32.26), 68(38.68), 37 (20.77) ตามลำดับ⁽⁷⁾ อันจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ คือแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมองเสื่อม ทำให้รัฐต้องรับภาระรายจ่ายงบประมาณในการรักษาผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดระนองที่มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนและแนวโน้มกลุ่มประชากรผู้สูงอายุสอดคล้องกับระดับประเทศและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีกระบวนการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการทุกภาคส่วน มาตั้งแต่ปี 2557 ดังนั้นเพื่อศึกษาผลสำเร็จของการดำเนินงานจึงได้ทำการวิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง เป็นการประเมินผลสำเร็จของโครงการและสังเคราะห์ประสบการณ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุทั้งระบบ เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจทางการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเหมาะสมตามบริบทครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลศักยภาพผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคและความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบประสบการณ์และบทเรียนระหว่างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนาภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

แบบบูรณาการจังหวัดระนองได้แก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ระบบที่พัฒนาภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น
2. ผลการพัฒนาภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ มีคุณภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิม

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ จำนวน 42 คน
2. ผู้สูงอายุ จำนวน 137 คน
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 137 คน
4. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 132 คน
5. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 24 คน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Evaluation and analytical research) ประยุกต์ใช้วิธีประเมินผล CIPP Model⁽⁹⁾ ศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2560 ขั้นตอนการวิจัย มีดังนี้

1. บริบทและสภาวะแวดล้อม (Context) โดยการวิเคราะห์บริบทและสภาพแวดล้อม
2. ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการทบทวนเอกสาร รายงาน นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. กระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ
4. ประเมินผลลัพธ์ (Product) แบ่งเป็น
 - 4.1 ผลผลิตการพัฒนา (Product output) ได้แก่ การประเมินศักยภาพกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ผล

การประเมินศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ และผลการประเมินศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ

4.2 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนา (Product outcome) ได้แก่ ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบรรลุตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุ 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 2) ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย 3) ร้อยละผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย 4) ร้อยละผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว 5) ร้อยละผู้สูงอายุที่ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือถูกทำร้าย 6) ร้อยละผู้สูงอายุที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกเหมาะสมและปลอดภัย 7) ร้อยละผู้สูงอายุที่ปฏิบัติศาสนกิจ 8) ร้อยละผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม 9) ร้อยละผู้สูงอายุเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่บุตรหลาน และ 10) ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากได้รับเงินช่วยเหลือจากสวัสดิการในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมิน จำนวน 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (วัดผลผลิต; Product: P) เป็นแบบประเมินสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนพื้นที่เหลือและระยะทางไปสถานพยาบาล

ส่วนที่ 2 ประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมิน Activities of daily living (ADL) จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ของ Barthel Activities of Daily Living⁽¹⁰⁾ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป, กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน, กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ คำถามเกี่ยวกับ ได้รับบริการจากผู้ดูแลอย่างมีเมตตาจิต เจ้าหน้าที่หน้าต้ายิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาดี พุทธิกรรมบริการ อุปกรณ์เครื่องมือและความพึงพอใจ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ของไรเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ⁽¹¹⁾ คะแนนการตอบ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด - 5 พึงพอใจมากที่สุด

ชุดที่ 2 แบบประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบประเมินประยุกต์ใช้ CIPP Model 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาวะแวดล้อม (context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการปฏิบัติงาน (Process) ผลผลิต ปัญหาอุปสรรคและความพึงพอใจ (Product) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข แบบประเมิน มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับด้านสภาวะแวดล้อมและปัจจัยนำเข้า โดยวิเคราะห์ SWOT Analysis ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกระบวนการปฏิบัติงาน (Process) แบบประเมินคุณภาพการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนที่รับผิดชอบ 5 คะแนน, 2) มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุและให้ความรู้เฉพาะด้าน 10 คะแนน, 3) มีระบบส่งต่อ และติดตาม 5 คะแนน, 4) การเยี่ยมและติดตามดูแล ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน 20 คะแนน, 5) มีระบบรายงาน 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ 40 คะแนน แบบมาตราส่วน Rating scale 5 ระดับ การตอบ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด - 5 พึงพอใจมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นแนวทางคำถาม จำนวน 15 ข้อ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนา เกี่ยวกับด้านการบริการสาธารณสุข การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว บริการ

ของภาครัฐ และความต้องการของการรับความช่วยเหลือ

ชุดที่ 4 แบบประเมินศักยภาพและความต้องการ สำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนาได้แก่ การได้รับอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุในความดูแล ความครอบคลุมแผนการเยี่ยม การเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน ค่าตอบแทน เงินช่วยเหลือจากหน่วยงาน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมาตราส่วน Rating scale 5 ระดับ การตอบ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด - 5 พึงพอใจมากที่สุด

ชุดที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างระบบดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนาจำนวน 6 ข้อ เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การประชุมระดมสมองในการกำหนดแผนงาน การใช้ข้อมูล การส่งเสริมสุขภาพ เบี่ยงชีพ การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น

ชุดที่ 6 แบบบันทึกการประเมินผลผลิตการพัฒนา (Product) โดยประเมินผลการปฏิบัติงานตามการบรรลุตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ 10 ตัวชี้วัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เพื่อตอบสมมติฐาน โดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ความแตกต่างของผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุด้วย Chi-Square Tests (χ^2)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 แบบ ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การวิเคราะห์บริบทและสภาวะแวดล้อม (Context) จังหวัดระนอง พบอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลงตามลำดับระหว่าง ปี 2556-2559 เท่ากับ 11.81, 11.10, 10.19, 8.04 ต่อประชากรพันคน สาเหตุการตายกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ พบว่าสาเหตุการตายไม่ชัดเจน รองลงมาคือปอดบวม ติดเชื้อในกระแสเลือดและชรา ปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านสถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง มีสัดส่วนและแนวโน้มลดลงของกลุ่มประชากรสอดคล้องกับระดับประเทศ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี ช่วง 60 ปีขึ้นไป วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงาน อัตราตายต่อประชากรพันคนโดยลดจากปี 2556 อัตรา 5.15 ต่อประชากรพันคน ในปี 2559 ลดลงเป็น 4.75 ต่อประชากรพันคน ระหว่างปี 2556-2559 มีจำนวนการตาย (อัตราตายต่อประชากรพันคน) เท่ากับ 893 (5.15), 970 (5.52), 975 (5.55) และ 894 (4.75) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ

2. ผลจากการวิเคราะห์ SWOT Analysis กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ได้มีการพัฒนาระบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นำมาจัดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ในการจัดระบบการจัดการและการกำกับ ดังนี้

(1) ระดับจังหวัดมีกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประสานงานกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานหน่วยงาน ในสังกัดและหน่วยงานนอกสังกัดทุกระดับ ให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดและแผนปฏิบัติการประจำปี

(2) ระดับอำเภอ มีผู้รับผิดชอบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการประสานผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอำเภอและแผนปฏิบัติการประจำปี มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

(3) ระดับตำบลและหมู่บ้าน มีผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ รพ.สต. เป็นผู้ประสานกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ และระดับตำบลรวมทั้งหน่วยงาน องค์การภาคีทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รับผิดชอบให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

กระบวนการพัฒนา (Process) ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีขั้นตอนดังนี้ (1) มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยกำหนดผู้บริหารหน่วยบริการเป็น Project manager, (2) พัฒนารฐานข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและบันทึกการดำเนินงานในฐานข้อมูลโปรแกรม Long Term Care,

(3) สร้างทีมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver), (4) มีระบบรายงานการปฏิบัติการตามมาตรฐานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผลผลิตการพัฒนา (Product output) ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 60.6 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 53.3 (Mean=73.29, SD=8.86) อยู่อาศัยกับลูกหลาน ร้อยละ 49.6 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 52.6 (Mean=2,248.91, SD=2.52) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 59.9 ค่าดัชนีมวลกายอ่อน ร้อยละ 37.2 พื้นที่เหลือเคี้ยวได้ 5 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 52.6 ผลการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ ADL (Activities of Daily Living) โดยรวมช่วยตนเองได้ดี (well elder) ร้อยละ 88.3 (Mean=16.48, SD=5.17) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ศักยภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมิน ADL (n=137)

ศักยภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
รับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ต่อหน้า (Feeding)		
ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน	10	7.3
ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย	19	13.9
ดักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ	108	78.8
ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming)		
ต้องการความช่วยเหลือ	19	13.9
ทำเองได้	118	86.1
ลุกนั่งจากพื้นนอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)		
ไม่สามารถนั่งได้	8	5.8
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	7	5.1
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	26	19.0
ทำได้	96	70.1
ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)		
ช่วยตัวเองไม่ได้	2	1.5
ทำเองได้บ้าง	97	70.8
ช่วยตัวเองได้ดี	38	27.7
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)		
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	11	8.0
ต้องใช้รถเข็น	5	3.6
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	31	22.6

ตาราง 1 ศักยภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมิน ADL (ต่อ)

ศักยภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	90	65.8
การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)		
ต้องมีคนสวมใส่ให้	28	20.4
ช่วยตัวเองได้ดี	109	79.6
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)		
ไม่สามารถทำได้	25	18.3
ต้องการคนช่วย	34	24.8
ขึ้นลงได้เอง	78	56.9
การอาบน้ำ (Bathing)		
ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	19	13.8
อาบน้ำเองได้	118	86.2
การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (Bowels)		
กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระ	8	5.9
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	28	20.4
กลั้นได้ปกติ	101	73.7
การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)		
กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ	6	4.4
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	40	29.2
กลั้นได้ปกติ	91	66.4
โดยรวม (Mean=16.48,SD=5.17)		
กลุ่ม 1 ช่วยตนเองได้ดี (well elder) 12-20 คะแนน	121	88.3
กลุ่ม 2 ติดบ้าน (home bound elder) 5-11 คะแนน	7	5.1
กลุ่ม 3 ติดเตียง (bed bound elder) 0-4 คะแนน	9	6.6

ผลการประเมินศักยภาพบุคคลกรสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมมีคะแนนคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.6 (Mean=38.62, SD=6.31) โดยพบว่า ด้านข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนเฉลี่ย 4.76 การประเมินปัญหาผู้ป่วยสูงอายุ การให้ความรู้เฉพาะด้านแก่ญาติและวางแผนการเยี่ยมเฉลี่ย 9.00 ด้านระบบส่งต่อเฉลี่ย 4.52 ด้านการเยี่ยมดูแลที่บ้านเฉลี่ย 14.14 และด้านระบบรายงานเฉลี่ย 6.19 ทำให้มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.0 (Mean 29.38, SD 5.72) (ตาราง 2)

ตาราง 2 คะแนนคุณภาพบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของหน่วยบริการสาธารณสุข (n=42)

การให้บริการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้		Mean	SD
		จำนวน	ร้อยละ		
1. มีข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน	5			4.76	0.61
≤3 คะแนน		4	9.5		
>3 คะแนน		38	90.5		
2. มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ	10			9.00	1.24
≤5 คะแนน		0	0		
>5 คะแนน		42	100.0		
3. มีระบบส่งต่อ	5			4.52	1.61
≤3 คะแนน		2	4.7		
>3 คะแนน		40	95.3		
4. การเยี่ยมและติดตามดูแล	20			14.14	2.90
≤10 คะแนน		10	23.8		
>10 คะแนน		32	76.2		
5. มีระบบรายงานข้อมูลผู้สูงอายุถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน	10			6.19	3.05
≤5 คะแนน		6	14.3		
>5 คะแนน		36	85.7		
ระดับคุณภาพโดยรวม	50			38.62	6.31
33-50 คะแนน คุณภาพระดับสูง		36	85.6		
17-32 คะแนน คุณภาพระดับปานกลาง		6	14.4		
1-16 คะแนน คุณภาพระดับต่ำ		0	0		

ผลการประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีคุณภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <.001$) ได้แก่ ด้านการคัดกรองตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ความสะดวกในการบริการที่โรงพยาบาล/รพสต. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน มีอาสาสมัครช่วยดูแลจากหน่วยงานภาครัฐ ญาติมีส่วนร่วม เครือข่ายมีส่วนร่วม มีการติดต่อรถฉุกเฉิน ปัญหาเจ็บป่วย การได้รับเงินช่วยเหลือ และบริการที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือ

ศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการครั้งนี้มีคุณภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) ได้แก่ ด้านการได้รับอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความครอบคลุมแผนการเยี่ยม การเข้าร่วมเป็นคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น การได้รับค่าใช้จ่าย-ค่าตอบแทน เงินช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ และบริการที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือ ($p\text{-value}=0.009$) โดยรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.4 (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบระบบดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนา

ประเด็น	ใช้ระบบเดิม		ใช้ระบบพัฒนา		χ ² (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (n=137)					
การคัดกรองตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ					1.91(<.001)*
ไม่มี	51	37.2	2	1.5	
มี	86	62.8	135	98.5	
การบริการที่โรงพยาบาล/รพสต.					1.28(<.001)*
ไม่มี	64	46.7	8	5.8	
มี	73	53.3	129	94.2	
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					0.28(<.001)*
ไม่มี	75	54.7	8	5.8	
มี	62	45.3	129	94.2	
การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม					29.1(<.001)*
ไม่มี	87	63.5	51	37.2	
มี	50	36.5	86	62.8	
การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน					33.0(<.001)*
ไม่มี	103	75.2	85	62.0	
มี	34	24.8	52	38.0	
ด้านการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว					
อาสาสมัครดูแลจากหน่วยงานภาครัฐ					33.0(<.001)*
ไม่มี	71	51.8	39	28.5	
มี	66	48.2	98	71.5	
ญาติๆ มีส่วนร่วมในการดูแล					0.49(<.001)*
ไม่มี	53	38.7	0	0.0	
มี	84	61.3	137	100.0	
เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล					0.43(<.001)*
ไม่มี	65	47.4	6	4.4	
มี	72	52.6	131	95.6	
มีการติดต่อรถฉุกเฉิน					6.8(0.009)**
ไม่มี	54	39.4	0	0.0	
มี	83	60.6	137	100.0	
มีปัญหาเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว					1.81(<.001)*
ไม่มี	50	36.4	59	43.1	
มี	87	63.6	78	56.9	

ตาราง 3 เปรียบเทียบระบบดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนา (ต่อ)

ประเด็น	ใช้ระบบเดิม		ใช้ระบบพัฒนา		χ^2 (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การได้รับเงินช่วยเหลือต่อเดือน					11.85(0.008)**
ไม่มี	2	1.5	1	0.7	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	120	87.5	118	86.2	
1,000-4,900 บาท	15	11.0	13	9.5	
5,000 บาทขึ้นไป	0	0.0	5	3.6	
บริการรัฐควรให้ความช่วยเหลือ					7.26(0.026)*
ไม่มี	101	73.7	83	60.5	
มี	36	26.3	54	39.5	
ศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (n=132)					
ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ					14.5(0.002)**
ไม่มี	85	64.4	72	54.5	
มี	47	35.6	60	45.5	
อผส./ อสม./ จิตอาสา มีแผนการเยี่ยม					8.22(<0.001)*
ไม่มี	30	22.7	17	12.9	
มี	102	77.3	115	87.1	
อผส./ อสม./ จิตอาสา เป็นคนะทำงาน					0.3(0.016)**
ไม่มี	46	34.8	35	26.5	
มี	86	65.2	97	73.5	
การได้รับค่าใช้จ่ายต่างๆ และค่าตอบแทน					12.1(0.016)**
ไม่มี	105	79.5	99	75.0	
มี	27	20.5	33	25.0	
ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ					7.4(0.002)**
ไม่มี	104	78.8	99	75.0	
มี	28	21.2	33	25.0	
บริการที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม					3.5(0.009)**
ไม่มี	63	47.7	51	38.6	
มี	69	52.3	81	61.4	

ผลลัพธ์การพัฒนา (Product outcome) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างระบบดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนา พบว่าผลการพัฒนาครั้งนี้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เห็นว่ามีคุณภาพสามารถใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล การเป็นจิตอาสา โดยรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 83.4 (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบระบบดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับระบบที่พัฒนาของผู้บริหาร อปท. (n=24)

ประเด็น	ใช้ระบบเดิม		ใช้ระบบพัฒนา		χ^2 (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ					1.6(0.048)*
ไม่มี	14	58.3	9	37.5	
มี	10	41.7	15	62.5	
การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล					2.2(<0.001)**
ไม่มี	11	45.8	2	8.4	
มี	13	54.2	22	91.6	
การส่งเสริมอาชีพ					5.1(<0.001)**
ไม่มี	18	75.0	10	41.7	
มี	6	25.0	14	58.3	
การเป็นจิตอาสา					3.2(<0.001)**
ไม่มี	14	58.3	2	8.3	
มี	10	41.7	22	91.7	
การมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน					2.2(<0.001)**
ไม่มี	12	50.0	5	20.8	
มี	12	50.0	19	79.2	
จำนวนครั้งที่มีส่วนร่วม					3.9(<0.001)**
ไม่มี	12	50.0	6	25.0	
มี	12	50.0	18	75.0	

สรุปได้ว่า โดยรวมการพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุครั้งนี้บรรลุมาตรฐานตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ปฏิบัติศาสนกิจและได้รับเงินช่วยเหลือตามภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี มีสิ่งอำนวยความสะดวกเหมาะสมและปลอดภัย เป็นที่พึงพอใจให้แก่บุตรหลาน และ มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือในบริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งแสดงว่าผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการสามารถเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุได้มากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

อภิปรายผล

ผลที่เกิดกับผู้สูงอายุพบว่าผลการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ ตามแบบประเมิน ADL โดยรวมเป็นกลุ่มช่วยตนเองได้ดี ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการอบรมให้ข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและกิจกรรมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน จึงทำให้เกิด

การรับรู้ในคุณค่าตนเองและมีการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ออมสิน ศิลสังวร และคณะ(12) ที่พบว่าความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเหงาโดดเดี่ยวสาเหตุเกิดจากการสูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว⁽¹³⁾

ผลการประเมินศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขโดยรวมมีคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง ในการวิจัยครั้งนี้มีการจัดระบบการจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพดูแลผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลมีศักยภาพของการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹⁴⁾

ผลการประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีคุณภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการอบรมให้ข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งฝึกอบรมพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงทำให้เกิดทักษะที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด⁽¹⁵⁾ เป็นการสร้างความอบอุ่นภายในครอบครัว ผู้ป่วยมีความสุขที่ได้อยู่บ้านมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลลดภาระภาครัฐด้านการจัดบริการเตียงรองรับผู้ป่วยสูงอายุและลดภาระด้านบุคลากร⁽¹⁶⁾

ศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผลการพัฒนารายได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการครั้งนี้มีคุณภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิมในการวิจัยครั้งนี้ มีการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อสม.หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งจังหวัดจึงทำให้อาสาสมัครและ อสม.มีทักษะที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ งามจันทร์ศรี และคณะ⁽¹⁷⁾และ วัชรวิภา ลูวีระ และคณะ⁽¹⁸⁾ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม

ผลการพัฒนาครั้งนี้ผู้บริหาร อบต. เห็นว่ามีคุณภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าระบบเดิม โดยรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 83.4 ในการวิจัยครั้งนี้ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ประกอบด้วยหัวหน้าหน่วยงานด้านสาธารณสุขภาครัฐทุกหน่วยงานและมีการรวมการภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมเป็นกรรมการจึงส่งผลให้บรรลุตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 ใน 10 ตัว ซึ่ง อบต. เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีรายได้จากรัฐบาล จึงมีความเหมาะสมกับบทบาทการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ⁽⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

การฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วย เน้นที่บุคลากรสาธารณสุขที่มีบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน ที่เหมาะกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทของแต่ละชุมชน เช่น การดำรงชีวิตประจำวัน เป็นต้น

2. สถานพยาบาลในชุมชนและ อบต. จาก

ผลการวิจัยนี้ที่พบว่าบทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องของครอบครัว ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไปและขาดสิ่งสนับสนุนการทำงาน เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ งบประมาณค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทน เป็นต้น การบูรณาการของการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น ได้แก่ แหล่งเงินสำหรับจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นศักยภาพของ อบต. ส่วนบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวมถึงการระดมชุมชนเป็นหุ้นส่วนการบริหารจัดการโครงการ เพื่อให้บริการที่ต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ

3. การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน

จากตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่ถูก

เราวัดเอาเปรียบ ปฏิบัติศาสนกิจและได้รับเงินช่วยเหลือตามภาวะพึ่งพิง ได้รับการตรวจสุขภาพ เป็นต้น โดยที่ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการให้การช่วยเหลือดูแล ด้านการดูแลผู้สูงอายุในสวนที่เกินความสามารถของชุมชน รัฐบาลและหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต้องมึบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพ

4. หลักการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากผลการวิจัยนี้ที่บรรลุดูตัววัดดูแลผู้สูงอายุ 8 ใน 10 ตัววัด ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณค่าและมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน ควรสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นแกนนำในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ บริการสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมและบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคม อปท. มีศักยภาพในการบริหารระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐ ควรพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชน ให้สามารถพัฒนาและดำเนินการไปได้อย่างยั่งยืน ครอบคลุมอย่างมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง ที่ให้การปรึกษาแนะนำ ตลอดจนทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามที่กรุณาให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ประภาพร มโนรัตน์. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ 2556; 5(2): 99-103.
2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 120 ตอนที่ 130ก ลงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2560]. จาก: http://www.dla.go.th/upload/regulation/type1/2554/2/488_1.pdf

3. United Nation. The World Population Ageing 2009. [cited 2017 February 15]. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA_2009_WorkingPaper.pdf.

4. United Nation. World Population Prospects The 2002 Revision. [cited 2017 February 15]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002>

5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานประจำปี “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551-2555. [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2556]. จาก: <http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th>

6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. journal PCFM.indd 2551; 1(2): 22-34. [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2560]. จาก: <http://www.academia.edu>

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 และคณะ จังหวัดระนอง รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560; 10-15

8. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (6th ed). John Wiley & Sons Singapore; 1995.

9. Stufflebeam DL. et al. (Eds.). Evaluation models. (2nd ed). Boston: Kluwer Academic Publishers 2000: 1-16. [cited 2017 April 21]. Available from: <http://www.wiley.com>.

10. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL). คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรมอนามัย, 2555. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560]. จาก: <http://www.anamai.moph.go.th>

11. Best J. Research in Education. (4th ed.). Prentice-hall International London; 1981.

12. ออมสิน ศิลสังวร, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ทวีศักดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2557; 8(3): 80-91.

13. Roos V, Malan L. The role of context and the interpersonal experience of loneliness among older people in a residential care facility. Glob Health Action 2012, 5: 1-10.

[cited 2017 March 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

14. ดวงฤดี ลาสุขะ, ทศพร คำผลศิริ, กนกพร สุขคำวัง, โรจน์จินตนาวัฒน์. การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ): 59-69.

15. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552; 27(6): 22-32. [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2560]. จาก: <http://www.ihppthaigov.net/publication>

16. อุเทน มุกเย. การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอัมพาตที่บ้านด้วยการแพทย์แผนไทยของชุมชน ตำบลเนินปอ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceedings) มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15; 2558: 213-223.

17. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, อรสา กงตาล. การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น

2555; MMO14-2: 658-9.

18. วริศรา ลูวีระ, เดือนเพ็ญ ศรีชา, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 28(2): 199-204.

