

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี
Developing a long-term Care System and Health Services
for Dependent Elderly in Primary care Units in Prachinburi Province

ทนงค์ ดวงมุกพะเนา* ชวลิต ศรีสมพจน์** และรัชมีชญาณ์ จิระพงษ์***
Thanong Duangmukphanao* Chawalit Sreesompoj** and Ratchaya Jirapong*
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี****
Prachinburi Provincial Health Office****
โรงพยาบาลบ้านสร้าง**
Ban Sang Hospital**

เบอร์โทรศัพท์ 08-1879-2403; E-mail: thanongmomay@gmail.com
วันที่รับ 25 มี.ค. 2568; วันที่แก้ไข 30 เม.ย. 2568; วันที่ตอบรับ 4 มิ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ทำการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2566 - ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 165 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คนและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คน โดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวงจร PDCA5มาตรการ ได้แก่ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) พัฒนาระบบ

การจัดการงบบริการ (4) พัฒนาบริการสุขภาพและ (5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) มีการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีศักยภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ < 0.05 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย, อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยรวมดีขึ้นมากที่สุด คือ กลุ่มที่ 1 จากร้อยละ 64.1 เป็นร้อยละ 74.5 รองลงมาคือ กลุ่มที่ 2 จากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 จากร้อยละ 12.4 เป็น

ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพของบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; หน่วยบริการปฐมภูมิ; การบริการ

Abstract

This research and development aim to develop a long-term care system and health services for dependent elderly people and study the effect of developing long-term care system and health services for dependent elderly people in primary care units in Prachinburi Province. The sample group includes the elderly care network, 165 people, caregivers and elderly people, 145 per group. Research instruments were case record forms and questionnaires. Data were collected by answering questionnaires between December 2023 and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed ranks test, and the paired t-test.

Results: showed that developing long-term care system for dependent elderly people using PDCA cycle 5 measures consists of 5 measures: (1) defining network roles, (2) developing personnel potential, (3) developing a service budget management system, (4) developing health services, and (5) developing the potential of elderly caregivers. Development results found that after developing the network, there was a statistically significant increase in knowledge scores regarding the provision of health services for the elderly overall ($p = 0.007$). The network had statistically

significant increase in health condition screening overall care for elderly ($p = 0.025$). After developing caregivers, the overall potential of the elderly increased significantly ($p < 0.001$). After the elderly care, their health condition improved significantly at a significance level of < 0.05 , including body mass index, respiratory rate, pulse, blood pressure, and blood sugar level. Overall quality of life in daily activities of the elderly increased the most in group 1 from 64.1% to 74.5%, followed by group 2 from 23.5% to 17.2%, and the least was group 3 from 12.4% to 8.3%, respectively. It is recommended that continuous training and capacity-building programs be promoted to enhance and restore the competencies of the elderly care network and caregivers.

Keywords : Long-Term Care System, Dependent Elderly; Primary Care Units; Health Service

บทนำ

จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรโลกอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าหนึ่งพันล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปีพ.ศ. 2593 สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าจะประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 28% และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูงภายในทศวรรษหน้าทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก^[1] ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากที่สุดคือ สัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ

17.0 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.3

เมื่อวิเคราะห์ตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 75.0^[2] ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ระยะยาว^[3] ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการให้การสนับสนุนทั้งด้านสุขภาพและการดูแลส่วนบุคคลเป็นระยะเวลานาน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุและยกระดับความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมเพียงพอ รวมถึงพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ให้เกิดความครอบคลุม^[4]

สถานการณ์การมีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุของประเทศไทย จากการศึกษาข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า ในปีพ.ศ. 2565 ถึง 2567 สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบกลุ่มติดบ้านเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็น 2.5 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 3.2 เป็น 3.5 กลุ่มติดเตียง เพศชายเพิ่มจากร้อยละ 0.8 เป็น 0.9 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 1.0 เป็น 1.2^[5] สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 26,781 คน แบ่งเป็น กลุ่ม 1 จำนวน 11,537 คน กลุ่ม 2 จำนวน 4,577 คน กลุ่ม 3 จำนวน 6,529 คน และ กลุ่ม 4 จำนวน 4,111 คน จังหวัดปราจีนบุรี มีผู้สูงอายุ จำนวน 83,659 คน ร้อยละ 16.91 โดยมีผู้สูงอายุสูงสุดใน 3 อำเภอ คือ อำเภอบ้านสร้าง ศรีมโหสถ และประจันตคาม ร้อยละ 20.32, 19.92 และ 19.59 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้

เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบประจำบ้าน เพิ่มเติมในเรื่องการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับหมอบคนที่ 2 และหมอบคนที่ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและอายุยืนอย่างมีคุณภาพ จังหวัดปราจีนบุรีได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งหมด 3,955 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง จำนวน 1,994 คน กลุ่มเคลื่อนไหวได้บ้างแต่มีภาวะสับสน จำนวน 791 คน กลุ่มเคลื่อนไหวเองไม่ได้อาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายและเจ็บป่วย จำนวน 778 คน และกลุ่มที่ต้องดูแลระดับประคอง จำนวน 392 คน^[6] สำหรับการดำเนินงานผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรียังคงพบปัญหาขาดการส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล รวมถึงขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ดังนั้น เพื่อให้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพวงจร PDCA เพื่อปรับปรุงคุณภาพกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีที่สุด^[7] ในการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตการวิจัย

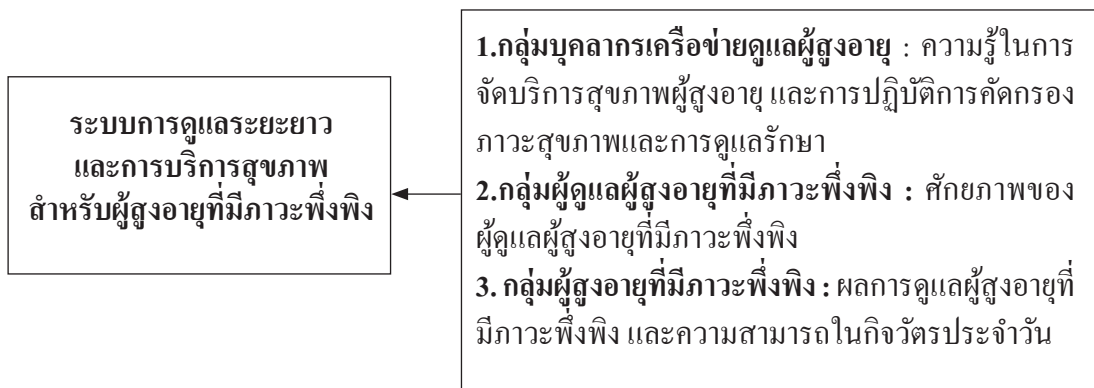
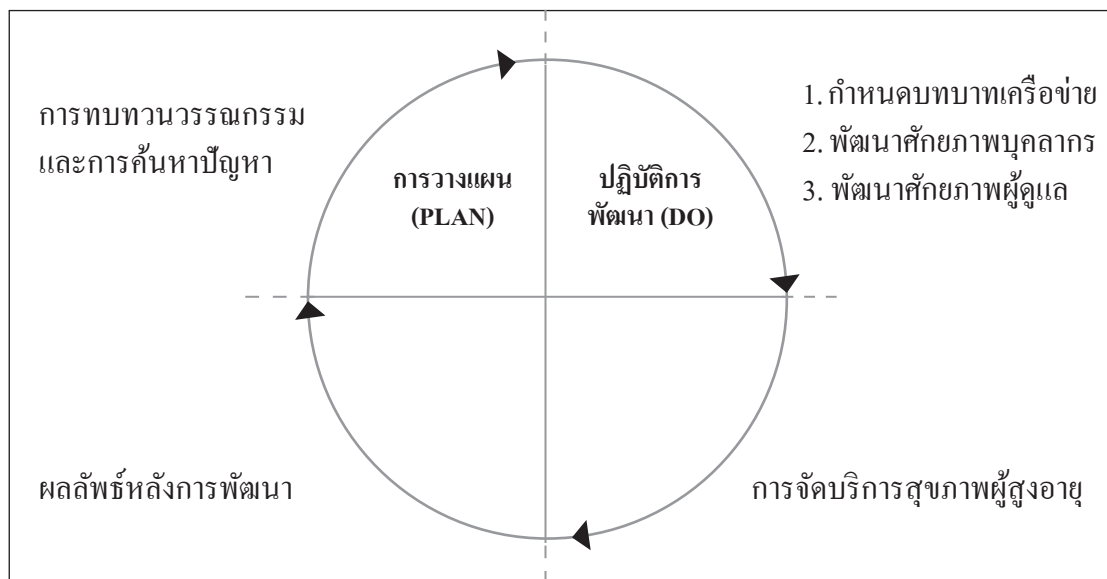
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2567



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ประชากร คือ บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 342 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 165 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณ ค่าเฉลี่ยประชากร^[8] กำหนดค่าความแปรปรวน เท่ากับ 0.57^[9] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 148.26 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 165 คน โดยผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ (1) เลือกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละ 1 คน จำนวน 7 คน (2) จับฉลากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น 30 แห่ง เพื่อเลือกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล แห่งละ 1 คน เจ้าหน้าที่ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งละ 1 คน บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิแห่ง ละ 1 คน และเลือกประธานชมรมผู้สูงอายุแห่งละ 2-3 คน

การคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) คือ (1) ปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี มาไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ (1) ให้ข้อมูล ไม่ครบถ้วนตามแบบสอบถาม (2) กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถติดต่อได้ หรือบอกยกเลิกการให้ข้อมูล

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,955 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,955 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พึ่ง จำนวน 145 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้จากการ คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย ประชากร^[8] กำหนดค่าความแปรปรวน เท่ากับ 0.15^[10] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 130.43 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 145 คน โดย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) สุ่มโดยใช้หมายเลขทะเบียน รายชื่อผู้สูงอายุ เลขคู่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ ตั้งในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สุ่มได้ การคัดเลือกตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พึ่งตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) คือ (1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พึ่งที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปราจีนบุรี (2) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป (3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัด ตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ (1) ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามแบบสอบถาม (2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถติดต่อได้ หรือบอก ยกเลิกการให้ข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย พัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ด้วยวงจร PDCA (plan-do-check-act) มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (plan) การศึกษา สถานการณ์ ทบทวนระบบการดูแลระยะยาว และการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงด้วยการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการเครือ ข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พทต.) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานดูแลผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิและประชาชนชมรมผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 คน รวม 35 คน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนา (do) นำข้อสรุปจากการทบทวนในระยะที่ 1 ประกอบการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแบบประสานความร่วมมือ (mutual collaborative action research) นำมาซึ่งคู่มือปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 มาตรการ ได้แก่ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) พัฒนาระบบ การจัดการงบบริการระยะยาว (4) พัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (5) การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต

ระยะที่ 3 ตรวจสอบการดำเนินงาน (check) โดยตรวจสอบผลลัพธ์วิเคราะห์ข้อมูลและผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการ ประกอบด้วย (1) ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบ Basic Geriatric Screening (BGS) (2) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพโดยผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (3) ผู้สูงอายุได้รับความรู้การเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง (4) การคัดกรองแยกกลุ่มผู้สูงอายุ และเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ (5) การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อเข้ารับการรักษาที่ทันตัง

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและประเมินผล (act) การตรวจสอบผลลัพธ์หลังจากการพัฒนาและ

ประเมินผล (1) กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ประเมินความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา (2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามตอบถูกหรือผิดจำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากเวทีกา กลิ่นวิจิตและคณะ^[11] โดยมีค่าคะแนน ดังนี้ ตอบถูกมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิด มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากกุลธิดา กุลประทีปปัญญาและคณะ^[12] โดยให้ระบุตรงตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติทุกครั้ง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ จำนวน 35 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จาก ศศิพันธ์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตย พรต^[13] โดยให้ระบุตรงตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุดถึงบ่อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงจากเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัย การป่วย
น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนครั้งที่ไปโรงพยาบาลใน
รอบ 3 เดือน อัตราการหายใจ อัตราชีพจร ความ
ดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) โรคเรื้อรัง
ประจำตัว และ ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถใน
กิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้ Barthel Index Activity
of Daily Living และแบบประเมินความสามารถ
ในกิจวัตรประจำวัน^[14-15] 10 กิจกรรม ได้แก่
การรับประทานอาหาร หวีผม ลูกรัง การใช้ห้องน้ำ
การขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวม
ใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเดินขึ้นลง
บันได

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ค่าดัชนีความเที่ยงเชิงเนื้อหา (content
validity index: CVI) พิจารณาความครอบคลุมของ
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการวิจัย
ครั้งนี้ รายชื่อนี้ค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกประเด็น

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไป
ทดลองใช้ (try out) นำมาหาค่าความเที่ยงแบบ
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's
coefficient alpha) ผลการตรวจสอบ คือ การปฏิบัติ
การคัดกรองภาวะสุขภาพ = 0.95 ศักยภาพของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง = 0.90 ความสามารถ
ในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ = 0.94

3. หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบ
ความรู้ ที่มีการตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด
ให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของ
การหาค่า KR-20 ผลการทดสอบ KR-20 = 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อย

ละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ
เชิงอนุมาน ใช้สำหรับวิเคราะห์ความแตกต่าง
ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ ความรู้ใน
การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติการคัดกรอง
ภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา ศักยภาพของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ความสามารถในการ
กิจวัตรประจำวัน กรณีแจกแจงไม่ปกติโดยใช้
Wilcoxon signed ranks test และ กรณีแจกแจง
แบบปกติโดยใช้ Paired t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

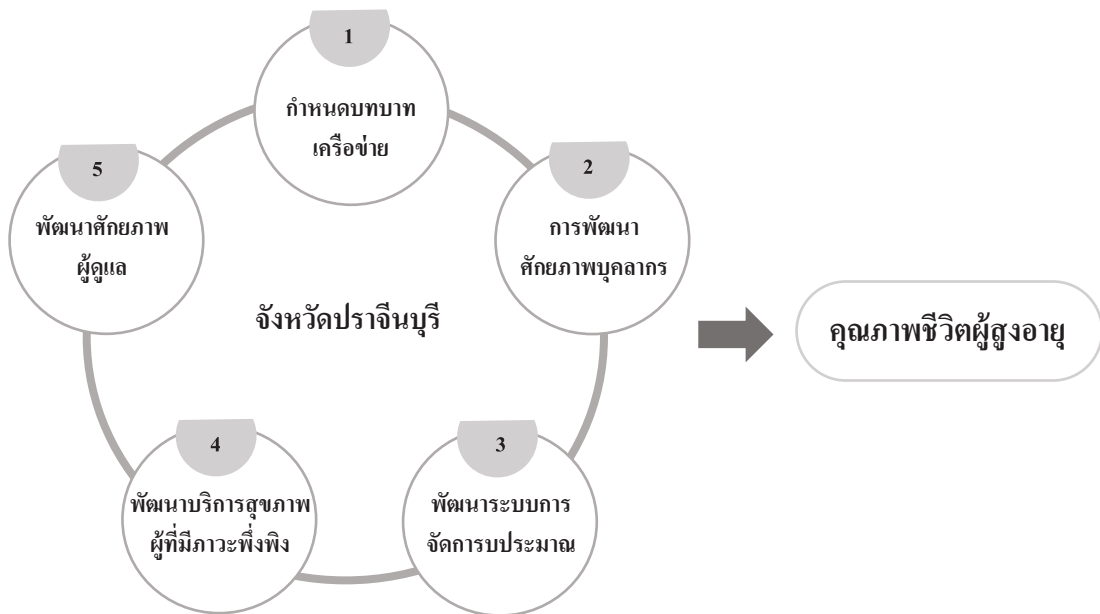
การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี รหัส 014/2566 วัน
ที่ 14 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์
การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่าง
สามารถออกจากการวิจัยได้หากไม่สะดวกเข้าร่วม
โครงการวิจัย และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดย
ภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและ
การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ (1) กำหนดบทบาท
เครือข่าย ได้แก่ บทบาทขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงาน
สาธารณสุข (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม
ตัวชี้วัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (3) พัฒนาระบบ
การจัดการระบบบริการระยะยาว ด้านความพร้อม
ในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) การพัฒนาศักยภาพและทักษะของผู้จัดการ
การดูแลผู้สูงอายุ (care manager) (5) การพัฒนา
ศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้าย โดยการจัดกิจกรรม

ขยายผลสร้างชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งทั้งจังหวัด วางแผน การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง 5 มาตรการอย่างเป็นระบบ ดังภาพ 2



ภาพ 2 ผังวงจรของระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราชญ์บุรี

2. ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.304, p = 0.007$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($n = 165$)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	11.00	7.00-12.00		
หลังการพัฒนา	11.00	12.01-18.16	-3.304	0.007*

* $p < 0.05$, Wilcoxon signed ranks test

3. การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา หลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ากลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) โดยพบว่า

กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($p=0.018$) มากที่สุด รองลงมา คือ การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามในชุมชน ($p=0.024$) และน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($p=0.032$) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี (n=165)

การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพ และการดูแลรักษา	ก่อนพัฒนา หลังพัฒนา		95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐาน	19.94±2.11	21.83±1.45	0.04-0.33	-2.387	0.018*
การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการ ผู้สูงอายุ	23.62±4.11	39.07±3.37	0.16-0.63	-2.171	0.031*
การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามในชุมชน	22.93±2.10	24.19±1.54	0.15-0.68	-2.274	0.024*
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	12.38±1.30	14.53±0.99	0.02-0.73	-2.161	0.032*
เฉลี่ย	78.87±9.08	99.62±6.69	1.44-1.55	-2.260	0.025*

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

4. สักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ด้านการพยาบาล ($p<0.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี (n=145)

การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพ และการดูแลรักษา	ก่อนพัฒนา หลังพัฒนา		95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการพยาบาล	32.94±7.42	38.14±2.92	4.00-6.39	-8.583	<0.001**
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	22.10±3.04	23.88±2.12	1.32-2.23	-7.666	<0.001**
ด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน	23.46±2.50	24.22±1.42	1.39-1.12	-4.078	0.018*

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ระหว่างก่อนและหลัง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี (n=145) (ต่อ)

การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพ และการดูแลรักษา	ก่อนพัฒนา หลังพัฒนา		95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	19.37±1.96	23.92±1.70	0.32-0.78	-4.699	<0.001*
ด้านการดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ	18.21±2.32	23.88±2.12	0.38-0.95	-4.661	<0.001*
ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม	17.43±1.90	24.22±1.42	1.05-1.52	-5.840	<0.001*
เฉลี่ย	133.51±16.36	158.26±11.12	7.34-12.14	-8.025	<0.001*

* $p < .05$, ** $p < 0.001$, Paired t-test

5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผลตรวจสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าภายหลัง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ <0.05 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($p < 0.001$) อัตราการหายใจ ($p < 0.001$) อัตราการเต้นของหัวใจ ($p < 0.001$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ($p < 0.001$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ($p < 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือด ($p < 0.001$)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมมากที่สุด โดยภายหลัง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.1 เป็นร้อยละ 74.5 รองลงมาคือผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุดคือผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.4 เป็น ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างก่อนและหลัง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี (n=145)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (คะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป)	93	64.1	108	74.5
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (คะแนน ADL 5 – 11 คะแนน)	34	23.4	25	17.2
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ผลรวมคะแนน ADL 0 - 4 คะแนน)	18	12.4	12	8.3

การอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี PDCA ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 5 มาตรการ ได้แก่ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) พัฒนาระบบการจัดการงบบริการ (4) พัฒนาบริการสุขภาพ และ (5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลทั้งนี้เนื่องจาก หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับ การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบวงจร จังหวัดปราจีนบุรี แบบเกลียวเสตปทั้ง 5 กิจกรรม ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภิธ รัชตะวรรณและคณะที่ทำการศึกษาดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงบูรณาการที่พบว่าทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ครอบครัว ชุมชนผู้สูงอายุที่มีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ ประสานงานด้านงบประมาณและดำเนินการตามนโยบายผู้สูงอายุระยะยาว^[16] รวมถึงการศึกษาของสุมิตรา วิษาและคณะที่ทำการศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ารูปแบบเครือข่ายมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยเครือข่ายในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพต่อเนื่อง (4) การวางแผนโครงการงบประมาณจากท้องถิ่น และ (5) การดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง^[17] และ การศึกษาการพัฒนา รูปแบบความยั่งยืนของระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่พบว่าการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย (1) การสร้างการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) การพัฒนาคุณภาพชีวิต และ (3) การพัฒนาบริการสุขภาพระยะยาวในชุมชน หลังพัฒนาเกิดความร่วมมือแบบสหวิทยาการและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^[18]

2. ความรู้ในการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติการจัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยการที่เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้นส่งผลทำให้หลังพัฒนาเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการจัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิพรธ เรือนจันทร์และคณะที่พบว่า ภายหลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการประสานข้อมูล และแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มี

นโยบายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น^[19] และการศึกษาของฉัฐกร ประกอบและคณะ ที่ทำการพัฒนาแบบบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนปัวต้นแบบ ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการบูรณาการ 3 ภาครีเอช่าย (สุขภาพ สังคมและชุมชน) ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^[20]

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพมากที่สุดคือ การฝึกทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมประจำวัน รองลงมาคือ บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ทำดูแลเป็นประจำ และผู้ดูแลมีศักยภาพน้อยที่สุดคือ มีการให้กำลังใจผู้ดูแลในครอบครัวไม่ให้ความวิตกกังวลหรือเครียดในการดูแลผู้ป่วยตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากหลังพัฒนาผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ด้านการพยาบาล รองลงมาคือด้านการผ่อนคลายความเครียด และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของจิริรัตน์ จันทคารที่พบว่า แนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยหมอบประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเน้นที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ

เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรัง การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care^[21]

4. ผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า ผลการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.1 นอกจากนี้ยังพบว่า มีเส้นเลือดในสมองตีบ หูหนวก และอัมพฤกษ์ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทาง การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยความร่วมมือของภาครีเอช่าย พบว่า การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุใน 4 มิติ ได้แก่ การพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การหนุนเสริมความรู้ เสริมทักษะการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวโดยเครือข่ายในชุมชน หลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพด้านชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น^[22]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการระบบ

1.1 ควรนำระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้พัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้วยการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำมาใช้ประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ โดยการวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้อง และผู้ดูแลในครอบครัวที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร

1.2 ควรมีการจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัด ซึ่งจะทำหน้าที่

เป็นศูนย์กลางในการวางแผน กำกับดูแล และติดตามผลการดำเนินงานโดยบูรณาการงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และภาคประชาสังคม

2. ด้านคุณภาพบริการ

2.1 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้ภายหลังพัฒนาเครือข่ายมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ชุมชนเข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้ร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2.2 ด้านคุณภาพการจัดบริการสุขภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มี การจัดอบรมพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านวิชาการ

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

- [1] WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. [online]. (2023). [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/thailand>
- [2] กุศลิดา กุลประทีป ัญญาปรางทิพย์ทาสนาะ เอลเทอร์ จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563;17(2): 581 – 95.
- [3] Permanyer I, Villavicencio F, Trias-Llimós S. Healthy lifespan inequality: morbidity compression from a global perspective. Eur J Epidemiol 2023; 38(5): 511–21.
- [4] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566.
- [5] สุณิสา มะลิวัลย์ ภัทราภรณ์ พวงศรี เบญจวรรณ รัชสุภาและคณะ. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- [6] กองแผนงาน กรมอนามัย. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (3C) [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th>
- [7] บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข. การพัฒนาคุณภาพด้วย FOCUS-PDCA. [ออนไลน์].

- (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 เมษายน 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.researchgate.net>
- [8] ยุทธ ไกยวรรณ. หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
- [9] ศิราณี ศรีหาคาศ ธารา รัตนอำนวยศิริ และ นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้งบระบอบการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 165 – 78.
- [10] สายทิพย์เป็นคุณ พระมหาวีโรจน์ กุศลวิโรสดัง เขียนจันทิก และคณะ. นวัตกรรมเชิงชุมชนสำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐานในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7(9): 374 – 84.
- [11] เวธกา กลิ่นวิจิต ชูดี รอดจากภัย และคณินนิจ อุสิมาศ. การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและจังหวัดสระแก้ว. บุรพาเวชสาร 2560; 4(2): 1 – 19.
- [12] กุลธิดากุลประทีปปัญญาปรังทิพย์ทาเสนาะ เอลเทอร์ จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563; 17(2): 581 – 95.
- [13] ศศินันท์ สายแวง และวรพจน์ พรหมสัถยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 187 – 97.
- [14] Mahoney F, & Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State medical journal 1965; 14: 61 – 5.
- [15] อาริษา เสาร์แก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลป่าต้นนาคร้ว. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2565; 9(1): 103 – 23.
- [16] รัชยานภิศ รัชตะวรรณ และเบญจวรรณ ถนอมชยวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100 – 13.
- [17] สุมิตรา วิชาณัชนันท์ มานพ สุภาศรีรุ่งเรือง เบญจพรเสาวภาและคณะ. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่องห้า อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70 – 85.
- [18] Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen’s expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. BMC Geriatrics. 2020; 20(1): 58.
- [19] สิทธิพรรณเรือนจันทร์, พิกุลทิพย์ขุนเศรษฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. Nurs Res Inno J. 2023; 29(1): 71 – 87.
- [20] ณัฐกรประกอบไพจิตรลือสกุลทองสมฤทธิ์ เนตรทิพย์ และคณะ. การพัฒนาศูนย์กลาบรรณาการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูง

- อายุในชุมชน โดยใช้ปัวตันแบบระบบ
บริการการดูแลระยะยาว. Journal of
Humanities and Social Sciences Nakhon
Phanom University 2018; ฉบับการประชุม
วิชาการครบรอบ 25 ปี: 63-71.
- [21] จุริรัตน์ จันทการ. การพัฒนากระบวนการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดย
หมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวและชุมชน. [ออนไลน์].
(2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 ตุลาคม 2566].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.skho.moph.go.th>
- [22] สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการที่ 8
(จังหวัดอุดรธานี). รายงานการวิจัยแนวทางการ
พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดย
ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย. จังหวัด
อุดรธานี: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุน
วิชาการ 8; 2565.