

The Development of a Service Model for the Geriatric Clinic at Phu Ruea Hospital, Loei Province

Kantapat Apinyathitiphong
Phu Ruea Hospital, Loei Province

ABSTRACT

Thailand officially became a complete aged society in 2024, with the elderly population accounting for 20.70% of the total population. Phu Ruea District, Loei Province, has an even higher proportion of elderly residents at 22.3%. However, the geriatric clinic service system at Phu Ruea Hospital faced significant challenges, including fragmented service delivery, lack of comprehensive health screening and assessment, and inadequate systematic linkage between hospital and community services. This study aimed to develop a geriatric clinic service model through stakeholder participation and to evaluate outcomes regarding satisfaction and service model appropriateness. Methods This research and development (R&D) study applied Donabedian's quality of care framework integrated with Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) principles and the Continuity of Care concept. The study was conducted over 52 weeks within the Phu Ruea District health network, covering seven subdistrict health promotion hospitals. The sample consisted of 80 participants, comprising 50 elderly individuals and their caregivers and 30 multidisciplinary healthcare professionals. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The developed service model comprised four key components: establishing a fast-track service channel, enhancing care quality through an eight-discipline multidisciplinary team, developing staff competencies, and building collaborative networks with communities. Elderly satisfaction increased across all dimensions, with service staff receiving the highest scores (Mean = 4.67) and service processes showing the greatest improvement from 2.33 to 4.33. Multidisciplinary professionals rated the service model appropriateness at high to highest levels (Mean = 4.13-4.47), with the referral and follow-up system receiving the highest score.

Conclusion: The developed geriatric clinic service model demonstrated effectiveness in enhancing holistic and continuous care quality. This model can serve as a prototype for other community hospitals to accommodate Thailand's aging society.

Keywords: elderly care, geriatric clinic, service model

**Corresponding Author: kantapatkwan@gmail.com*

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

กนต์พัฒน์ อภิญาธิพิพงษ์
โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20.70 อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 22.3 ขณะที่ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลภูเรือ ยังมีปัญหาการให้บริการแบบแยกส่วน ขาดระบบคัดกรองและประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และการเชื่อมโยงบริการระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนยังไม่เป็นระบบ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและความเหมาะสมของรูปแบบบริการ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian ร่วมกับหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ดำเนินการ 52 สัปดาห์ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดช่องทางพิเศษ การพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ 8 สาขา การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.67) และด้านกระบวนการเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 4.33 บุคลากรสหวิชาชีพประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean = 4.13-4.47) โดยระบบส่งต่อและติดตามได้รับคะแนนสูงสุด

สรุป รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง สามารถเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, คลินิกผู้สูงอายุ, รูปแบบบริการ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะเพิ่มจาก 1,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1,400 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization [WHO], 2022) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) อย่างเป็นทางการ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 14.03 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเกินร้อยละ 28 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 31.1 ในปี พ.ศ. 2567 หมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คนต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรทั้งหมด สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ส่วนอำเภอภูเรือซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยมีลักษณะเป็นพื้นที่ชนบทห่างไกล มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 6,500 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3 ของประชากรในอำเภอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้น้อย และอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือคู่สมรส ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567) การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เป็นกระบวนการมาตรฐานสากลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นการประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การทำหน้าที่ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อระบุปัญหาและวางแผนการดูแลที่เหมาะสม (Parker et al., 2018) งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการใช้ CGA ในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ดีขึ้น (Ellis et al., 2017) นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ของ Haggerty และคณะ (2003) เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจร ส่วนกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ที่มุ่งเน้นโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ก็ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่การดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชนยังประสบปัญหาหลายประการ จากการศึกษาของมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ (2565) พบว่าการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ และการเชื่อมต่อกับชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับโรงพยาบาลภูเรือพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การให้บริการผู้สูงอายุปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ระยะเวลารอคอยนาน การคัดกรองและประเมินสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ การประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังไม่เป็นระบบ และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายด้าน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซับซ้อนไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างครอบคลุม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรือการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การศึกษาของ Hoogendijk และ

คณะ (2019) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าการดูแลแบบแยกส่วน รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และลดภาระของครอบครัวในการดูแล ดังนั้น การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การวิจัยครั้งนี้ในเชิงทฤษฎี คือการนำกรอบแนวคิด Donabedian ร่วมกับหลักการ CGA และ Continuity of Care มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ในเชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยจะเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในการพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลภูเรือโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณภาพบริการ และการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และขยายผลไปสู่เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอภูเรือและพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดเลยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

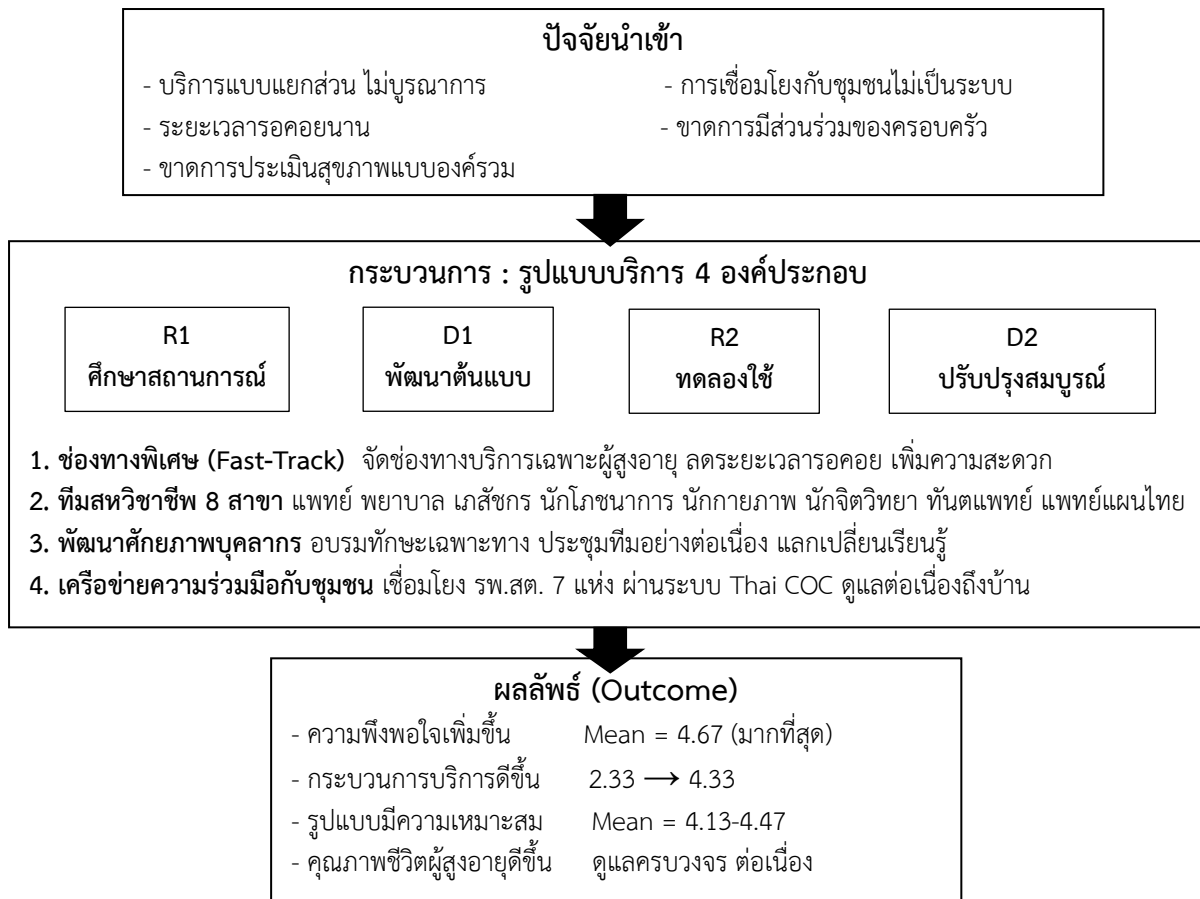
1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ในด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล และความเหมาะสมของรูปแบบบริการตามการประเมินของบุคลากรสหวิชาชีพ

สมมติฐาน

รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถยกระดับคุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการทฤษฎีคุณภาพบริการของ Donabedian แนวคิด CGA และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง เข้าด้วยกันผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักที่สอดคล้องกันและเสริมกัน มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ครบวงจร ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับความต้องการ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งมีกลไกข้อมูลย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังภาพกรอบแนวคิดที่แสดง



ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ร่วมกับหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ของ Haggerty และคณะ (2003) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบบริการ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 52 สัปดาห์ ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ครอบคลุมโรงพยาบาลภูเรือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1 - Research 1): การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) (ตุลาคม 2567) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการออกแบบรูปแบบบริการ (มกราคม 2568)

ระยะที่ 2 (D1 - Development 1): การพัฒนารูปแบบบริการต้นแบบ สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาร่างต้นแบบรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมอง (Brainstorming Workshop) ร่วมกับผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นจัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568)

ระยะที่ 3 (R2 - Research 2): การทดลองใช้รูปแบบบริการ นำรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (เมษายน - มิถุนายน 2568)

ระยะที่ 4 (D2 - Development 2): การปรับปรุงและพัฒนาแบบสมบูรณ์ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้ ร่วมกับข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาจนได้รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริง (สิงหาคม - ตุลาคม 2568)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

2.1 ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ และญาติผู้ดูแล จำนวนประมาณ 6,500 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567)

กลุ่มที่ 2 คือ บุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูเรือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ จำนวน 7 แห่ง

2.2 กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 80 คน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลภูเรือ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และทันตแพทย์ จำนวน 15 คน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 7 คน ตัวแทนผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 4 คน และผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 31 คน

ระยะที่ 2 (D1) การพัฒนารูปแบบต้นแบบ ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับระยะที่ 1 จำนวน 31 คน โดยจัดประชุมระดมสมอง (Brainstorming Workshop) ร่วมกันเพื่อออกแบบรูปแบบบริการต้นแบบ

ระยะที่ 3 (R2) การทดลองใช้รูปแบบบริการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพสำหรับประเมินรูปแบบบริการ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

ระยะที่ 4 (D2) การปรับปรุงและพัฒนาแบบสมบูรณ์ ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับระยะที่ 3 จำนวน 80 คน เพื่อเก็บข้อมูลประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบบริการให้สมบูรณ์

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

1) กลุ่มผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลภูเรืออย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารอย่างรุนแรง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ที่ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2) กลุ่มบุคลากรสหวิชาชีพ มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ภูเรือ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ลาศึกษาต่อหรือลาพักงานระหว่างการวิจัย บุคลากรที่ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย และผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะการวิจัย ดังนี้

3.1 เครื่องมือระยะที่ 1 (R1): การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร บุคลากรสหวิชาชีพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความคาดหวังต่อการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการให้บริการ

2) แบบประเมินความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อสำรวจความต้องการบริการใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและการประเมิน ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการดูแลต่อเนื่อง ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตั้งแต่ 1 หมายถึง ต้องการน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง ต้องการมากที่สุด

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ

3.2 เครื่องมือระยะที่ 2 (D1): การพัฒนารูปแบบต้นแบบ

1) แบบบันทึกการประชุมระดมสมอง (Workshop Recording Form) สำหรับบันทึกข้อมูลความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากการประชุมระดมสมองของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบรูปแบบบริการต้นแบบ

2) แบบประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการ สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญและทีมสหวิชาชีพประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

3.3 เครื่องมือระยะที่ 3 (R2): การทดลองใช้รูปแบบบริการ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล และส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพและการใช้บริการ ประกอบด้วย โรคประจำตัว การรับประทานยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และวิธีการเดินทางมารับบริการ

2) แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment Form) พัฒนาตามหลักการ CGA ครอบคลุมการประเมิน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาพทั่วไป การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และการประเมินสุขภาพช่องปาก มิติด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การนอนหลับ ความจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชื่นชอบ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง มิติด้านสังคม และมิติด้านสิ่งแวดล้อม

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการให้บริการ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินสำหรับบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบบริการไปปฏิบัติ ครอบคลุมประเด็นด้านการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ ระบบการส่งต่อและติดตาม การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

3.4 เครื่องมือระยะที่ 4 (D2): การปรับปรุงและพัฒนาแบบสมบูรณ์

ใช้เครื่องมือเดียวกับระยะที่ 3 ร่วมกับแบบบันทึกข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาแบบบริการให้สมบูรณ์

3.5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนความต้องการ ความพึงพอใจ และความเหมาะสมของรูปแบบบริการ ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Quality Testing)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการ 2 ด้าน ดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า แบบประเมินความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 0.76 ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า แบบประเมินความต้องการบริการ

คลินิกผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.70 ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักการวิจัย (Polit & Beck, 2017)

4.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Quality)

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ประกอบด้วย การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และผู้นำชุมชน การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต และการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยและทีมสหวิชาชีพ ร่วมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและผลการวิเคราะห์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันความหมายของข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิเคราะห์สะท้อนความเป็นจริงตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ระยะที่ 1 (R1) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้แบบประเมินความต้องการบริการกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 (D1) จัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกำหนดรูปแบบบริการต้นแบบ พร้อมบันทึกข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการประชุม

ระยะที่ 3 (R2) นำรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ร่วมกับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 30 คน

ระยะที่ 4 (D2) รวบรวมข้อมูลผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากระยะที่ 3 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงรูปแบบบริการให้สมบูรณ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความต้องการบริการ ความพึงพอใจต่อบริการ และความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs (2008) ประกอบด้วยขั้นตอนการถอดความคำต่อคำ (Verbatim Transcription) การอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด การกำหนดรหัส (Coding) จากข้อความที่มีความหมายสำคัญ การจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายคลึงกันเป็นหมวดหมู่ย่อย (Sub-categories) และหมวดหมู่หลัก (Categories) จากนั้นสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (Themes) โดยไม่เปลี่ยนแปลงถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์พร้อมข้อความอ้างอิง (Quotations) เพื่อสนับสนุนความน่าเชื่อถือของข้อมูล

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ EC LOEI 022/2568 วันที่ 23 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย ดำเนินการในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ ครอบคลุมโรงพยาบาลภูเรือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ 30 คน รวม 80 คน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 73.4 ± 7.9 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74) อยู่ร่วมกับคู่สมรส (ร้อยละ 62) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,001-5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) รับประทานยาเป็นประจำ (ร้อยละ 94) มีผู้ดูแลทุกคน (ร้อยละ 100) และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 100)

2. รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดช่องทางพิเศษและการปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย (2) การพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุม 8 สาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์/ทันตภิบาล และเภสัชกร (3) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการผ่านการอบรมและการประชุมทีมอย่างต่อเนื่อง และ (4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการให้บริการในคลินิกเริ่มจากการลงทะเบียน ผ่านจุดคัดกรองโดยพยาบาล ประเมินสุขภาพด้วย Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) จากนั้นพบทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็น ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และทันตกรรม ก่อนพบเภสัชกรเพื่อรับยาและคำแนะนำ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มีการประสานงานกับ รพ.สต. ผ่านระบบ Thai COC และมีการนัดติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

3. ความต้องการบริการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการในระดับสูงถึงสูงมากในทุกด้าน โดยด้านการคัดกรองและการประเมินมีความต้องการสูงสุด (Mean = 4.78 ± 0.37) รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 4.23 ± 0.59) ด้านการรักษาพยาบาล (Mean = 3.69 ± 1.33) และด้านการดูแลต่อเนื่อง (Mean = 3.29 ± 0.93) ตามลำดับ โดยเฉพาะการคัดกรองสุขภาพทั่วไป การประเมินภาวะโภชนาการ และการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นบริการที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด

4. ความพึงพอใจต่อการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

หลังการพัฒนารูปแบบบริการ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการ (n = 50)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (Mean $\pm$ SD)	หลังพัฒนา (Mean $\pm$ SD)	ระดับ
1. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	3.00 ± 0.00	4.67 ± 0.29	มากที่สุด
2. ด้านกระบวนการและขั้นตอน	2.33 ± 0.58	4.33 ± 0.33	มาก
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2.67 ± 0.58	4.00 ± 0.50	มาก
4. ด้านคุณภาพการให้บริการ	3.00 ± 0.00	4.00 ± 0.50	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.67 ± 0.29) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ (Mean = 4.33 ± 0.33) ส่วนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านคุณภาพการให้บริการมีความพึงพอใจเท่ากันที่ (Mean = 4.00 ± 0.50) อยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาพบว่าความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะด้านกระบวนการและขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 4.33

5. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพ

บุคลากรสหวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกประเด็น (ค่าเฉลี่ย 4.13-4.47) ผลการประเมินแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพ (n = 30)

ประเด็นการประเมิน	Mean $\pm$ SD	ระดับ
1. การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุ	4.47 ± 0.51	มาก
2. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ	4.40 ± 0.49	มาก
3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน	4.40 ± 0.49	มาก
4. การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ	4.40 ± 0.50	มาก
5. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	4.33 ± 0.48	มาก
6. การพัฒนาระบบสารสนเทศและการจัดเก็บข้อมูล	4.13 ± 0.35	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับคะแนนสูงสุด (Mean = 4.47 ± 0.51) รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน (Mean = 4.40 ± 0.49) และการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ (Mean = 4.40 ± 0.50) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

6. ผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ผลการประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (ร้อยละ 98) อย่างไรก็ตาม พบปัญหาสำคัญ 2 ประการที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับบกพร่อง (ร้อยละ 76) และความบกพร่องด้านความจำ (ร้อยละ 74) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการติดตามดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ ประสบความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพบริการ โดยจุดเด่นคือการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐาน (CGA) และการสร้างความต่อเนื่องของการดูแลถึงชุมชน ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยต่อไป

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ที่ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (Structure)

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลให้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ การจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุและการพัฒนาทีมสหวิชาชีพครอบคลุม 8 สาขาวิชาชีพ ถือเป็นการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hebert และคณะ (2021) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันสามารถเพิ่มคุณภาพบริการและลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้

2. ด้านกระบวนการ (Process)

การนำหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) มาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถระบุปัญหาและวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis และคณะ (2017) ที่ยืนยันว่าการใช้ CGA ในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การพบปัญหาการนอนหลับบกพร่อง (ร้อยละ 76) และความบกพร่องด้านความจำ (ร้อยละ 74) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Neikrug และ Ancoli-Israel (2010) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับถึงร้อยละ 50-70

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (Mean = 4.67) และด้านกระบวนการและขั้นตอน (เพิ่มจาก 2.33 เป็น 4.33) แสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงระบบบริการโดยการลดขั้นตอนที่ซับซ้อนและการพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ที่สามารถลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1988) ที่เน้นว่าคุณภาพบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการกลับมาใช้บริการต่อเนื่อง

ในด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่องถึงชุมชนได้รับคะแนนประเมินสูงสุด (Mean = 4.47) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ รพ.สต. ทั้ง 7 แห่งในเครือข่ายผ่านระบบ Thai COC แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างระบบดูแลต่อเนื่องตามแนวคิดของ Haggerty และคณะ (2003) ที่เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoogendijk และคณะ (2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าการดูแลแบบแยกส่วน

โดยสรุป รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian หลักการ CGA และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาติดตามประเมินผล 52 สัปดาห์อาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 80 คน อาจจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่น และการพัฒนาระบบสารสนเทศแบบ Real-time ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป ตามข้อเสนอแนะของ Leung และคณะ (2020) ที่เน้นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ดำเนินการ 52 สัปดาห์ ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ 30 คน สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดช่องทางพิเศษเพื่อลดระยะเวลารอคอย การพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ 8 สาขา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ รพ.สต. และชุมชน โดยใช้ CGA เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและระบบ Thai COC ในการดูแลต่อเนื่อง

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.67) อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านกระบวนการและขั้นตอนเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 2.33 เป็น 4.33

บุคลากรสหวิชาชีพประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean = 4.13-4.47) โดยการพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุได้รับคะแนนสูงสุด (Mean = 4.47) รองลงมาคือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน

ผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่าผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (ร้อยละ 98) แต่พบปัญหาการนอนหลับบกพร่อง (ร้อยละ 76) และความบกพร่องด้านความจำ (ร้อยละ 74) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

โดยสรุป รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง สามารถนำไปเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรนำรูปแบบบริการนี้ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดเลย โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- 2) ควรจัดอบรมทักษะเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมิน CGA และการจัดการกลุ่มอาการผู้สูงอายุ
- 3) ควรเสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืน
- 4) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็น Real-time และเชื่อมโยงกับทุกหน่วยบริการในเครือข่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรติดตามผลการใช้รูปแบบบริการในระยะยาว 1-2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2) ควรศึกษาประสบการณ์และความต้องการเชิงลึกของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ
- 3) ควรวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบบริการเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขยายผลเชิงนโยบาย
- 4) ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telemedicine หรือแอปพลิเคชันในการดูแลผู้สูงอายุทางไกล

เอกสารอ้างอิง

- มณฑิลา เจนพานิชทรัพย์, สุรีย์ อัครพัฒน์, และวริณธร ยิ้มเรียงหลาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(2), 185-198.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดเลย ประจำปี 2567*. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, Ó., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2021). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65B(1), 107-118. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp027>
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365-1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Leung, D. K. Y., Chan, W. C., Spector, A., & Wong, G. H. Y. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and apathy symptoms across dementia stages: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(10), 1026-1036. <https://doi.org/10.1002/gps.5370>
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 207-211. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0051-8>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., Kennedy, S., Roberts, H., & Conroy, S. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149-155. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>