

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล
เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Models of care for the elderly and development of care for the elderly
at Chivapiban Clinic, Bang Pa In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

อภิรักษ์ วัฒนวิกิจ¹

Apirak wattanawikkij¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ประเด็น ตามลำดับขั้นของข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 การเปรียบเทียบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล มีพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล อยู่ในระดับดี การประเมินกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น และการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -1 ถึง 0

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ระบบการดูแลผู้สูงอายุ, ศูนย์ชีวาภิบาล

Abstract

The purpose of this research is to study the situation of caring for the elderly. Models of care for the elderly and development of care for the elderly at Chivapiban Clinic, Bang Pa In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, This research is in the form of action research, totaling 200 participants. Analytical methods encompass descriptive statistics (percentages, frequencies, means, and standard deviations), supplemented by inferential statistics such as the Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test, Qualitative data are subjected to comprehensive content analysis and discourse exchanges.

The research findings of elderly patients were female (71.0%) and 80 years of age or older (52.0%). A comparison of caring for health behavior at home by caregivers found that before participating in the activity elderly caregivers in Chivapiban Clinic Have healthy behaviors at the caregiver's home at a moderate level But after participating in the activity Home health care behavior of caregivers at a good level Assessment of daily activities for the elderly Using the ADL assessment form, it was found that after participating in the activity, the average ADL score increased. and data analysis of differences in assessment of daily activities (ADL) of the elderly. Before and after participating in the activity, it was found that the results of the assessment of daily activities (ADL) of the elderly There is a median difference of 0 before and after

¹ สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

participating in the activity, which is statistically significantly different at the 0.05 level. The 95% CI confidence interval of the median difference is -1 to 0.

Keywords: Elderly, Models of care for the elderly, Chiwapiban Clinic.

บทนำ

สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีแนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการเข้าสู่สังคมสูงวัยของแต่ละประเทศจะวัดจากสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถแบ่งสถานการณ์ออกได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) สังคมสูงวัย (Aged society) 2) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และ 3) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ¹

จากแนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 จำนวนสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีจำนวนที่ลดลง ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โอกาสของอัตราประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุอันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 จากเหตุผลของการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผน ครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลงจึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีอายุยืนยาว แต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย รวมทั้งผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ จึงนำไปสู่ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรืออาจมีอาการสมองเสื่อม² การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อ

เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง³ ซึ่งผู้สูงอายุมีการประเมินคัดกรองตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ คือการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

โดยกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาล⁴ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งกระบวนการดูแลเริ่ม ตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน⁵ ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องจึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 12.2 ใน พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 13.7 ใน พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 88.8 และพบอัตราการใช้บริการสุขภาพลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนกึ่งเมือง และมีนิคม

อุตสาหกรรมในพื้นที่ ดังเช่น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้สูงอายุ กว่าร้อยละ 30 ของประชากร และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลสูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุในเขตเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมา

ข้างต้นมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือ และสื่อสารได้ ในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ได้คะแนน 5 - 11 คะแนน หมายถึง ติดบ้าน และคะแนน 12 - 20 คะแนน หมายถึง ติดสังคม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระหว่างการศึกษาค้นคว้า 2) ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ระหว่างทำการวิจัย 3) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนากับผู้ศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) การพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการ กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล ติดตามการมาตามนัด และกระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยที่พัฒนาแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้างเพื่อวิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการออกแบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ และสิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้พิจารณาความสอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละครั้งโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ กิจกรรม เนื้อหา และการประเมินผลกิจกรรมว่ามีความสอดคล้องกับนิยามหรือไม่ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุง แก้ไขตามที่ได้ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 เป็นต้นไป 2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งต้องมีค่าสูงกว่า 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะ

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น คือ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรผลลัพธ์เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous) และกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกัน (Dependent) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired – Sample T-Test และหากข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเลือกใช้ สถิติ Non-parametric statistic คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test.

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย เลขที่จริยธรรม 7/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาล เขตอำเภอ บาง ประ อิน จั ง หวั ด พระนครศรีอยุธยา ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งหมด 200 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 ราย (ร้อยละ 71.0) และผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 29.0) มีอายุ 80

ปีขึ้นไป จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 52.0) ช่วงอายุ 70 – 79 ปี จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 29.0) และ อายุ 60 – 69 ปี จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 19.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 74.0) ไม่ได้ศึกษา จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 15.5) มัธยมศึกษา จำนวน 20 (ร้อยละ 10.0) และประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 190 ราย (ร้อยละ 95.0) รับจ้างทั่วไป จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.5) เกษตรกรและพระภิกษุ กลุ่มละ 2 ราย (ร้อยละ 1.0) และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.5) มีสถานภาพหย่า/หม้าย จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 47.0) สมรส จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 40.5) และโสด จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.5) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 175 ราย (ร้อยละ 87.5) และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ/เพื่อน จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.0) และอาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.0) และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 166 ราย (ร้อยละ 83.0) สิทธิราชการ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.5) และสิทธิประกันสังคม จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 4.5)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.81 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.69 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้าน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.83 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม

มีค่าเฉลี่ย 2.61 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้านก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.77 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.61 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการไปตรวจตามนัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.84 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.63 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.97 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.57 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินอยู่ในกลุ่มคะแนน 5 - 11 คะแนน จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาคือ คะแนน 0 - 4 คะแนน จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.50 และ คะแนน 12 - 20 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินอยู่ในกลุ่ม คะแนน 5 - 11 คะแนน จำนวน

118 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาคือ คะแนน 0 - 4 คะแนน จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.50 และ คะแนน 12 - 20 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 5.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.51 ค่าพิสัยต่ำสุด - สูงสุด คือ 0 - 12 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 6.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.00 ค่าพิสัยต่ำสุด - สูงสุด คือ 0 - 13 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยพบว่า ข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Non-parametric คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลการประเมินประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -1 ถึง 0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 200)

ตัวแปร	ค่ามัธยฐานของผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
		95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง	P-value
ADL	0	-1 - 0	<0.0001

ส่วนที่ 4 สรุปผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาลเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มี 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาล ญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลโดยเจ้าหน้าที่คลินิกชีวภิบาล ด้วยหลัก D-METHOD ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจัดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติ

และเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้าน

ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ทักษะ ในการฟื้นฟูผู้สูงอายุ และสามารถลดความกังวลหรือความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุได้ดี อีกทั้งยังสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้านได้ มีความเข้าใจถึงความเร่งด่วน อุทิศเงินของการนำส่งผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา หรือนำส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด โดยผู้ดูแลร่วมกับผู้สูงอายุจะมีการบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลเพื่อประเมินผลการรักษาและวิเคราะห์ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุได้

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

ผลการดำเนินงานกิจกรรม พบว่า ในเขตอำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการจัดตั้ง คลินิกชีวาภิบาล ที่มีมาตรฐานด้านสถานที่ ความ ปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตาม มาตรฐานโดยองค์กรที่มี หน้าที่ในการกำกับดูแล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการ เป็น การบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแล ผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และระบบให้คำปรึกษาแก่ เครือข่ายบริการ รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์ นำส่งกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้าน หรือชุมชน และส่งเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง และมีการจัดทำแนวทางการส่งต่อ ผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมี ช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการใน โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจาก แพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการ ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทาง ด่วนในการเข้ารับบริการ ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิด ความพึงพอใจในบริการเป็นอย่างมาก และมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล ติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หาก ผู้ป่วยมาตามนัดเจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล ส่ง ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการดำเนินงานกิจกรรม พบว่า คลินิกชีวาภิ บาล มีการจัดตั้งทีมให้บริการโดยเครือข่ายสห วิชาชีพและเครือข่ายบริการในพื้นที่ อีกทั้งยังมีการ จัดให้มี caregiver ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วย ระยะ ประคับประคอง/ระยะท้าย ที่ได้รับการอบรมตาม มาตรฐานของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมและพัฒนา

ศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของทีมในแต่ละระดับอย่างชัดเจน โดย เจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล มีการติดตามการมาตาม นัดในระบบของหน่วยบริการ ซึ่งหากผู้ป่วยมาตาม นัดเจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาลจะส่งข้อมูลผู้ป่วยโรค เรื้อรังหรือข้อมูลบริการที่สำคัญให้กับกับ Case Manager และเครือข่ายบริการในพื้นที่ เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติ เดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมสหสาขาอาชีพที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน คือ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์

ผลการดำเนินงานกิจกรรม พบว่า เกิดภาคี เครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ บ้าน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุและ บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจในการบริการที่ ได้รับ และหน่วยบริการเกิดประสิทธิภาพการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้พื้นฐานจาก การดูแลประคับประคอง (Palliative Care) ที่จะ ช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดย คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำมาอภิปราย ได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 200 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 74.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 95.0 มีสถานภาพ หย่า/หม้าย ร้อยละ 47.0 สมรส ส่วนใหญ่มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 98.0 มีสิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.0 มีความสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.84 ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่วนใหญ่ คือประถมศึกษา ร้อยละ 79.22 ⁶

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวิบาลมีพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล อยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 2.69 (SD = 0.54) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 2.61 (SD = 0.55) การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้านก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.61 (SD = 0.57) การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการไปตรวจตามนัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.63 (SD = 0.55) และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.57 (SD = 0.59) จะเห็นได้ว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเป็นสำคัญ เพื่อให้เข้าใจ รับรู้ถึงความสำคัญ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ⁷

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL

พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 5.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.51 ค่าพิสัยต่ำสุด – สูงสุด คือ 0 – 12 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 6.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.00 ค่าพิสัยต่ำสุด – สูงสุด คือ 0 – 13 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้าน ด้วยคะแนนประเมินเฉลี่ย ADL คือ 5.38 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ถึงแม้จะยังมีภาวะติดบ้าน แต่มีคะแนนประเมินเฉลี่ย 6.36 ซึ่งถือว่ามีความเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง การจัดรูปแบบสำหรับให้บริการผู้สูงอายุมีความเหมาะสมทั้งจากผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ⁸ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 97.90 และการศึกษา การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 97.43 ดูแลตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 1.43 พึ่งตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) ร้อยละ 1.14

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐาน

ของผลต่าง -1 ถึง 0 ทั้งนี้อาจเกิดจากเมื่อหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีช่องทางการรับบริการที่สะดวก เหมาะสม จึงส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับ ⁹ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index ก่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเท่ากับ 4.6 คะแนน (SD=2.1) หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 7.2 คะแนน (SD=3.5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน (95%CI: 1.4 - 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มี 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ทักษะในการฟื้นฟูผู้สูงอายุและสามารถลดความกังวลหรือความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุได้ดี

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า มีการจัดตั้งคลินิกชีวภิบาล ที่มีมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐานโดยองค์กรที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการ

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่คลินิกชีวภิบาลติดตามการมาตามนัด และส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับ Case Manager พบว่า จัดให้มี caregiver ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานของกรม

อนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่บ้าน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัวเกิดความอ่อนใจในการบริการที่ได้รับ

อย่างไรก็ตาม การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาล สิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลัก โดยเน้นที่ครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ดูแลผู้สูงอายุประจำวัน หากกลุ่มเป้าหมายนี้มีความรู้ มีความเข้าใจ และเห็นคุณค่าในการดูแล จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสร้างทีมเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทั้งภายในหน่วยงาน ภายนอกหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนร่วม ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเกิดความยั่งยืนในการให้บริการคลินิกชีวภิบาล ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการดำเนินงานร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายได้ในหลาย ๆ ด้าน เพื่อจะสามารถแก้ปัญหาหรือปรับปรุงแบบให้เหมาะสมได้

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมหรือฝึกปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทักษะ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.อนันต์ อนันตกุล, (2560). สังคมผู้วัย... ความท้าทายประเทศไทย (Online). (<http://www.royin.go.th/wpcontent/uploads/2017/12/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8>)
- 2.สมจันทร์ ศรีปรัชยานนท์ และปาณิสรา เทพักษ์, (2563). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์, 4(1): 67-82.
- 3.สภาการพยาบาล, (2563). คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรีและการพยาบาลและผดุงครรภ์ สำหรับสถาบันการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. นนทบุรี: บริษัท จุฑทอง จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- 4.กระทรวงสาธารณสุข, (2567). คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024. กองบริหารการสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Online). (https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf)
- 5.นิสาชล นาคกุล, (2564). การศึกษาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลดอยฮางอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 7(2): 43-56.
- 6.เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม, (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1): 39-48.
- 7.ขวลิต สวัสดิ์ผล และขวลิต สวัสดิ์ผล, (2560). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร มจร บาลีศึกษายุทธศาสตร์ 18(1): 43-56.
- 8.ปัทมา ผ่องศรี, สุวรรณ วุฒินฤฤทธิ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ, (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 12(1): 32-49.
- 9.ราตรี โพธิ์ระวัช, (2562). การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเชื้อด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยและพัฒนาลอยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 16(3): 25-39.