การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว

The Developing a Health Care System for the Elderly Dependency in Sakaeo Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[2] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[2]

Kalyarat Jutupornchaeroenchai[1] Jumnion Suwannachat[2] Rattanachai Peahsombut[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ประเมินผลงานและสังเคราะห์รูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว โดยมีระยะการดำเนินงานวิจัย 12 เดือน อาสาสมัครประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 430 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และเทปบันทึกเสียง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา และสถิติอ้างอิงด้วยสถิติ Paired Samples t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลคุณภาพอย่างเท่าเทียม 2) ทีมสหวิชาชีพมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) พัฒนาระบบกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง และ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนเฉลี่ยรวมด้านคุณภาพชีวิต และคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ระบบดูแลด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

2 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Abstract

Thailand is advancing with an aging population and a strong healthcare system to support the needs of the elderly. The identification, synthesis, and evaluation of the model were the objectives of this participatory action research project on the health care system of elderly dependency. The research approach consisted of the following steps: 1) problem identification; 2) management and planning; 3) implementation; and 4-5) an extensive 12-months evaluation and after-action review. 430 individuals - LTC boards, healthcare providers, caregivers, and streak holders- were chosen at selected from three subdistrict administrative organizations in the Sakaeo province to be participants in the study. The following tools were used: 1) an interview form; 2) a voice recorder and discussion note for the focus group. Both descriptive and analytical statistics, such as content analysis and paired t-tests, were used to analyze the data.

The findings indicated that six elements are necessary for a suitable model of an elderly dependency 's health care system: 1) support for self-management; 2) redesign of the delivery system; 3) treatment standards; 4) clinical information system; 5) health-care management; and 6) community policies and resources. Furthermore, after taking part in the project, the mean scores on activities of daily living (ADL), quality of life, and participated were all significantly higher than they were before at 0.05.

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Key words: Health care system, Elderly Dependency, The chronic care model

บทนำ

ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวม จะก้าวสู่สังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อีกใน 10 ปี โดยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583[1] จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ[2] ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้อย่างจำกัด ส่งผลให้มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในภาวะตั้งรับและให้ได้อย่างจำกัด มีลักษณะการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว ที่มีมาตรฐาน โดยได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จคือ ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลด้านสุขภาพ และได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์[3]

จังหวัดสระแก้ว มีผู้สูงอายุจำนวน 84,134 คน คิดเป็นร้อยละ 18.65 ส่งผลให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,745 คน คิดเป็นร้อยละ 3.26 และได้รับการดูแลตามสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 99.97 แต่พบปัญหาด้านระบบการดูแลยังขาดประสิทธิภาพ จากการสังเคราะห์ผลการดำเนินงานหลังการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การค้นหาและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น การขาดการบูรณาการการดำเนินงานของภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวไม่สามารถพึงพาตนเองได้ ต้องรอรับความช่วยเหลือจากรัฐเท่านั้น และร้อยละ 78.12 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งควรเน้นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับการดูแลระยะกลาง (Intermediated Care) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care)[4] จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า การนำแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic care Model) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[5] ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าว เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดสระแก้ว โดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และเพิ่มศักยภาพของชุมชนให้มีความพร้อมที่จะจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากงานวิจัยประสบความสำเร็จแล้ว จะได้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดสระแก้ว ส่งผลดีกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ และตอบสนองต่อการวางแผนเตรียมรับสถานการณ์ การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะยาว และนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว

4. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิธีวิจัย เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research :PAR) 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาด้านกระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การบริหารจัดการ การพัฒนากระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การดำเนินการตามแผนพัฒนากระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) การประเมินผล และ 5)การถอดบทเรียน พัฒนากระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีระยะการดำเนินงานวิจัย 12 เดือน โดยการเลือกพื้นที่ในการดำเนินงาน 3 ตำบล ซึ่งมีผลการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์สูงสุด 3 อันดับแรก

อาสาสมัครและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับท้องถิ่น จำนวน 75 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Giver) จำนวน 125 คน 3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ สหวิชาชีพ จำนวน 50 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 131 คน และและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 430 คน แบ่งออกตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านกระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) คณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับตำบล เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยเทคนิค สโนบอลล์ ตำบลละ 14 คน รวม 42 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดทำแผนงานโครงการและขั้นตอนการถอดบทเรียน ใช้คณะอนุกรรมการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกคน จำนวน 75 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คน โดยใช้เทคนิคสโนบอลล์ รวมจำนวน 131 คน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ระยะที่ 3 การประเมินผลโครงการ โดยการประเมินผลลัพธ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณจากโปรแกรม G-power โดยใช้กลุ่มทดสอบ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ .95 ขนาดอิทธิพล .05 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นสัดส่วน จากประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก 36 หมู่บ้าน 2) จัดทำรายชื่อ จับฉลาก แบบไม่ใส่คืน โดยอาสาสมัครมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีสติสัมปชัญญะครอบถ้วน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และการถอดทบเรียนและสังเคราะห์รูปแบบ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนหลังดำเนินงาน (After Action Review) โดยตัวแทนจากภาคีเครือข่าย จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) แนวทางการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ปัญหาและอุปสรรคในการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ 2) สภาพปัญหาและข้อมูลทางด้าน

ระบบบริการ 3) ด้านสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน 4) แบบประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ADL 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ และ 6) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอตาพระยา จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 การแบ่งระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนน ≥12 คะแนน เป็นกลุ่มติดสังคม มีคะแนนระหว่าง 5–11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน และมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนนเป็นกลุ่มกลุ่มติดเตียง สำหรับการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความตรง เท่ากับ 0.65 ในเครื่องมือวัด เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ ของ Benjamin Bloom[6] แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับกลาง ๆ และระดับดี และคะแนนการมีส่วนร่วม การแปลความหมายของคะแนน กำหนดเกณฑ์ความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยของคำตอบโดยอาศัยแนวคิดของ บุญชม ศรีสะอาด[7] ช่วงคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ช่วงคะแนน 3.51-4.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมาก ช่วงคะแนน 2.51-3.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ช่วงคะแนน 1.51-2.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย และช่วงคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis)[8]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับผ่านการรับรองโครงการวิจัยแบบเต็มชุด จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่ SKPHO 3/2566 ลงวันที่รับรอง 4 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

จังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดที่ 74 ของประเทศไทย ก่อตั้งเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2536 โดยมีเนื้อที่ทั้งหมด 7,219.717 ตารางกิโลเมตร หรือ 4,496,962 ไร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 58 ตำบล 731 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 1 แห่ง เทศบาล จำนวน 15 และองค์การบริหารส่วนตำบล 50 แห่ง มี 169,829 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 548,781 คน เป็นจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชา มีผู้สูงอายุ จำนวนจำนวน 84,134 คน คิดเป็นร้อยละ 16.68 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,745คน คิดเป็นร้อยละ 3.26 โดยจำแนกเป็น กลุ่มที่ 1 ร้อยละ 70.81 กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 3.78 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 1.08 และกลุ่มที่ 4 ร้อยละ 24.32 และร้อยละ 78.12 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผลการประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ศึกษา พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 99.97 มีการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.25 จาก 5 คะแนน) โดยเฉพาะด้านการจัดสรรด้านสถานที่และอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพ และการจัดสวัสดิการการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.54 จาก 3 คะแนน) มีการดำเนินงานครบทุกด้าน ทั้งด้านจัดให้มีศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผลผลการ

ดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรม ครบทุกด้าน และมีระดับประสิทธิภาพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.89 จาก 3 คะแนน) ผลการประเมินสภาพปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผลการประเมินประสิทธิผลด้านการดำเนินการดูแลหรือสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุด้านการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในเกณฑ์ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.1 จาก 3 คะแนน) ผลการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.04 จาก 3 คะแนน) โดยมีปัญหาที่สำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ มีระบบการประสานการบริการจากทีมสหวิชาชีพไม่สอดคล้องกัน ไม่มีผู้ประสานงานหลักในการดูแลกลุ่มเป้าหมายตามมาตรฐานการบริการ เช่นการตรวจเลือด การติดตามอาการ และการรับ-ส่ง เพื่อรับบริการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาระการดูแลมาก และค่าตอบแทนไม่เหมาะสม ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชุดทำความสะอาดช่องปาก

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self–care) โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลคุณภาพอย่างเท่าเทียม โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 มีผู้ดูแลที่เหมาะสมแล้ว กลุ่มที่ 2 มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพในการดูแลอย่างเพียงพอ และกลุ่มที่ 3 ไม่มีผู้ดูแล โดยจะมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และ ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุเชี่ยวชาญจัดการอบรมตามหลักสูตรที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 ทีมสหวิชาชีพมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานและมีการประชุมชี้แจงแนวทางให้กับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนงาน และประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การพยาบาลชุมชน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลความปลอดภัยด้านยา ระบบการส่งต่อ สถานชีวาภิบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลด้านสังคมสงเคราะห์ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ ภายใต้แนวทางเวชปฏิบัติเดียวกัน ทั้งนี้เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามตัวชี้วัดทางชีวภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 4 พัฒนามีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่ สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตาม ช่วยเหลือประเมินผลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เช่น การใช้ telemedicine ผ่านแอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ และการใช้ระบบ GIS Health ในการติดตามรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การพัฒนา Application การประเมินและติดตามผลการรักษา 5) มีกลไก กระบวนงานและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน มีการประชุมติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ และ 6) สร้างความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ในการใช้ทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน เพื่อสร้างความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ เช่น การจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือกองทุนกายอุปกรณ์/ชุดกายภาพบำบัด และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยชมรมผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอผ่านสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station)

ผลการประเมินคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตประจำวัน (ADL) และ คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีช่วงอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ

48.33 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.33 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 93.33 มีโรคประจำตัวร้อยละ 16.67 อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น ร้อยละ 35.00 แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 (เคลื่อนไหวได้บ้าง อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย) ร้อยละ 71.67 รองลงมา กลุ่มที่ 4 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง) ร้อยละ 16.67 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 8.33 และกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 3.33 ก่อนการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ADL น้อยกว่า 4 คะแนน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 มีคะแนน ระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ($\bar{X}$= 7.18, SD=2.65) หลังเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน ร้อยละ 18.33 คะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน ร้อยละ 80.00 และมากกว่า 11 คะแนน ร้อยละ 1.67 ($\bar{X}$= 7.90, SD=2.95) สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 48.33 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 และมีระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 1.67 ($\bar{X}$=2.74, SD=0.31) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.33 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 และมีระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.00 ($\bar{X}$= 3.67, SD=0.43) ด้านการมีส่วนร่วมก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.33 ($\bar{X}$=2.93, SD=.072) ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ48.33 โดยมีผลการเปรียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)

ตัวแปร	X	SD	MD	t	df	p-value
การดำเนินกิจวัตประจำวัน						
ก่อนร่วมโครงการ	7.18	2.65	0.72	5.16	59	.01*
หลังร่วมโครงการ	7.90	2.95				
คุณภาพชีวิต						
ก่อนร่วมโครงการ	2.74	0.31	0.93	12.53	59	.01*
หลังร่วมโครงการ	3.67	0.43				
การมีส่วนร่วม						
ก่อนร่วมโครงการ	2.93	0.72	1.05	12.06	59	.01*
หลังร่วมโครงการ	3.98	0.25				

* p<.05

ด้านประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 100.00 มีการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.72) โดยเฉพาะด้านการจัดสรรด้านสถานที่และอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพ และการจัดสวัสดิการการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.98) มีการดำเนินงานครบทุกด้าน ทั้งด้านจัดให้มีศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผลผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรมครบทุกด้าน และมีระดับประสิทธิภาพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การดำเนินกิจวัตรประจำวัน

(ADL) คะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วม เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินการตามแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมด้านการประกอบกิจวัติประจำวัน (ADL) และคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาสวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย ระยะก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบล 3 แห่ง สรุปและอภิปรายผลดังนี้

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self–care) โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลคุณภาพอย่างเท่าเทียม โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็นกลุ่มตามความจำเป็นในการดูแล และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุเชี่ยวชาญ โดยมีการอบรมตามหลักสูตรที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน โดยได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 ทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งปฐมภูมิทุติยภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพ และ โดยจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และมีการประชุมชี้แจงแนวทางให้กับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนงานและประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพภายใต้แนวทางเวชปฏิบัติเดียวกัน ทั้งนี้เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามตัวชี้วัดทางชีวภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 4 พัฒนามีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่ สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตาม ช่วยเหลือ ประเมินผลที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้แก่ การใช้ line video conference การใช้ระบบ GIS Health ในการติดตาม และรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การพัฒนา Application การประเมินและติดตามผลการรักษา และจัดให้มีสถานชีวภิบาลในชุมชน องค์ประกอบที่ 5 มีกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน และมีการประชุมติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ องค์ประกอบที่ 6 มีแนวทางการร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ในการใช้ทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน เพื่อสร้างความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ จึงมีการจั้งตั้งกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือกองทุนกายอุปกรณ์/ชุดกายภาพบำบัด และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยชมรมผู้สูงอายุเทศบาลวังน้ำเย็น เห็นได้ว่าการประยุกต์แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ซึ่งองค์ประกอบของแบบจำลองดังกล่าวสามารถนำไปออกแบบกลไกลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพได้ ผลการศึกษานี้สอดคลเองกับเป้าหมายของแบบจำลองที่กล่าวว่า เป้าหมายสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อคณะผู้ให้บริการที่มีการเตรียมความพร้อม และผู้รับบริการมีความรู้และความกระตือรือร้น[9] นอกจากนั้นยังสอดคล้องการศึกษาเรื่องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง พบว่า

รูปแบบในการพัฒนาประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล การพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลและผู้ป่วย[10]นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลประกอบด้วย การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแล การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง[11] การจัดหากายอุปกรณ์ และการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน [12]

ผลการศึกษาพบว่า ระบบดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยรวมการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยจากระบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มีทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะทีมนักกายภาพบำบัดเข้าไปช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับมีทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติกิจวัติประจำวันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดิน การลุกจากที่นอน การรับประทานอาหาร และการใช้ห้องน้ำ และสามารถเลื่อนระดับจากกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง เป็นภาวะพึ่งพาปานกลางและไม่เป็นการพึ่งพาได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ[10.11]พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเพิ่มคะแนน ADL ได้

ผลการศึกษาพบว่า ระบบดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยเฉพาะ ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการพัฒนาสภาพบ้านจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ห้องน้ำ ราวจับ และกายอุปกรณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนั้น ยังมีการปรับปรุงด้านสถานบริการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมในการรับบริการสุขภาพดีขึ้น เช่น การให้บริการที่บ้าน การจัดคิวและคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้เหมาะสมมากขึ้น และมีการจัดสถานชีวภิบาลในสถานบริการ และชุมชนเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มองค์กรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง[13]

สรุปได้ว่า แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลคล้ายคลึงกลับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องมีคณะกรรมการ กลไก และกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับบริการต้องร่วมกันดำเนินงาน เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพัฒนาขึ้นจากแบบจำลอง
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสม และสามารถเพิ่มคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนได้

2. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย และสอนงานผู้ดูแลในครอบครัว และมีการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม 2) การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ให้เพิ่มความสามารถในการ

รับบริจาค และสนับสนุนวัสดุที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ซึ่งลดข้อจำกัดการบริหารจัดการงบประมาณภาครัฐ 3) การสร้างเครือข่าย และแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล การรูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ควรเพิ่มตัวแปรด้านความพึงพอใจ สำหรับผู้ให้บริการ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. หน้า120.

2.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564).: . กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.; 2559.

3.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. รายงานประจำปี 2566. จังหวัดสระแก้ว; 2566.

5.Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. Jama. 2002;288(15):1909-14.

6.Bloom Ph.D RS. Stating Educational Objectives in Behavioral Terms. Nursing Forum. 1975;14(1):30-42.

7.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาสน; 2545.

8.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. หน้า163.

9. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Managed care quarterly. 1999;7(3):56-66.

10.ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่ วยเรื้ อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(3):36-50.

11.ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):140-55.

12.ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):197-212.

13.อาริษา เสาร์แก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครัว. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564;9(1):103-23.