

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี

นิตยา ภาควาฬี วท.ม., สุรัสวตา นะสีดา พย.บ., สรวงสุดา เป้าเทศ สสب.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Corresponding author, Email: nittaya_is@hotmail.com

(วันรับบทความ : 19 กันยายน 2567, วันแก้ไขบทความ : 8 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับบทความ : 19 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

บทนำ : จังหวัดสระบุรีมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.25 เพื่อให้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด จึงเกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรเครือข่าย จำนวน 362 คน ผู้ดูแล จำนวน 128 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 128 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา : การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มี 5 ประเด็น ดังนี้ การกำหนดบทบาทเครือข่าย พัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและพัฒนาชมรมให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ พัฒนาการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้าย หลังพัฒนาเครือข่ายมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ดูแลมีศักยภาพด้านการทำงานโดยรวมเฉลี่ย 4.09 (SD = 1.11) มีศักยภาพด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (4.37 ± 0.76) และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0

สรุป : การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการดูแลระยะยาว การบูรณาการ ผู้สูงอายุ

Development of Long-Term Care System Integrated for The Elderly Saraburi Province

Nittaya Pakmalee, Surassada Naseeda, Suangsuda Baothed
Saraburi Provincial Health Office

Abstract

Background: Saraburi Province had population aged 60 years and over, 19.25%, in order to develop care system for the elderly to be same standard throughout province. Therefore, development of long-term care system for the elderly had occurred.

Objective: Aim to study effect of developing integrated elderly care system, Saraburi Province.

Materials and Methods: This research and development between March and September 2024, sample group included 362 personnel network, 128 caregivers, and 128 elderly. Research instrument was questionnaire. Statistics analysis include descriptive statistics and Paired t-test.

Results: Developing integrated of elderly care system were 5 issues: Defining network roles, developing a health screening system for the elderly, supporting the establishment of an elderly club and developing the club into a school for the elderly, developing services for the elderly who are dependent, developing potential of caregivers in the end. After developing the network, there was statistically significant increase in awareness of overall health promotion for the elderly ($p < .001$). Network's participation in developing overall long-term care system for elderly increased significantly ($p < .001$). The caregivers, overall work potential mean = 4.09 (SD = 1.11), and their potential for being able to care for the elderly was high level (4.37 ± 0.76). Elderly people's overall quality of life after development was moderate level of 50.0%.

Conclusion: Development of integrated elderly care system Saraburi Province, able to comprehensively care for elderly as a result, elderly had increased quality of life.

Keywords: Long-Term Care System, Integrated, Elderly

บทนำ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข คือระบบการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการจัดการหรือลดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹⁾ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ทุกปี มีการสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุ⁽²⁾ การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ⁽³⁾

จังหวัดสระบุรี เป็นจังหวัดที่ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในระดับสูง สถานการณ์ผู้สูงอายุ ช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 118,416 คน, 121,906 คน และ 125,141 คน คิดเป็นร้อยละของประชากรทั้งหมดเท่ากับ 18.51, 18.93 และ 19.25 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผลการคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุดำเนินการได้ จำนวน 55,052 คน, 52,985 คน และ 56,187 คน คิดเป็นร้อยละ 46.49, 43.46 และ 44.90 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 80) จำแนกออกเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 46.53, 45.30, 44.94 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 50.46, 53.49, 52.11 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 3.00, 3.00, 2.94 ตามลำดับ⁽⁴⁾ นอกจากนี้สภาพปัญหาผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพึ่งประสงค์ ร้อยละ 38.61 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์

เป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 50) และพบปัญหาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชน ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนา ระบบแบบบูรณาการ มีทั้งการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการมีส่วนร่วมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดสระบุรี ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนากระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการประเมินผล โดยการจัดกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ศึกษาจังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2567

2. ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย ⁽⁶⁾ ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรเครือข่าย จำนวน 362 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 26 คน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

จำนวน 26 คน, บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 109 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 201 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 128 คน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 128 คน คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อ 2.2

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพกระบวนการพัฒนาเป็นกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ 13 อำเภอ 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทเครือข่าย 2) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย ประยุกต์ตามแนวทางการศึกษาด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁽⁹⁾ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ มี 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่รับรู้ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ คะแนน 1.0-24.67 = ระดับต่ำ, 24.68-49.33 = ระดับปานกลาง, 49.34-75.0 = ระดับสูง

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ มี 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด แปลผลคะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ คะแนน 1.0-33.00 ระดับต่ำ, 33.01-66.00 ระดับปานกลาง, 66.01-100.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่าย จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ มี 5 ตัวเลือก คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง ระดับ 5 = มากที่สุด แปลผลคะแนนรวม 90 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ คะแนน 1.0-29.67 ระดับต่ำ, 29.68-59.34 ระดับปานกลาง, 59.35-90.0 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแล ประยุกต์ตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 1 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ มี 5 ตัวเลือก คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด แปลผลคะแนนรวม 35 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ คะแนน 1.0-11.33 = ระดับต่ำ 11.34-22.67 = ระดับปานกลาง 22.68-35.0 = ระดับสูง

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ มี 5 ตัวเลือก คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด แปลผลคะแนนรวม 145 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ คะแนน 1.0 - 48.0 = ระดับต่ำ, 48.01-96.0 = ระดับปานกลาง, 96.01-145.0 = ระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต⁽¹³⁾ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ มี 5 ตัวเลือก ดังนี้

1 = ไม่พึงพอใจ/ทำไม่ได้ ถึงระดับ 5 = รู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด การจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

4.) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง มีค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกประเด็น คือ ประเด็นการพัฒนาและกิจกรรมการดำเนินการ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี หาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ค่าเชื่อมั่น

(alpha) ดังนี้ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย = 0.92 ศักยภาพผู้ดูแล = 0.81 และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = 0.95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี รหัสโครงการ EC 10/2567 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 13 ครั้ง อำเภอละ 2 ครั้ง (ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา) การพัฒนาระบบ มี 5 ประเด็น ดังนี้

- 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพโดยประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงการจัดทำโครงการ เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
- 2) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ โดยประชุมชี้แจงสร้างการมีส่วนร่วมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายแกนนำชุมชนในพื้นที่
- 3) การพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ
- 4) พัฒนาการจัดบริการ และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต เป็นวงรอบดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังวงรอบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดสระบุรี

2. ผลการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือ

การรับรู้ประโยชน์ (p-value <0.001) รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถ (p-value <0.001) และน้อยที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรค (p-value <0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 362)

การรับรู้	คะแนนก่อนพัฒนา		คะแนนหลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	18.22	2.41	20.12	3.71	-14.511	.001*
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	15.46	3.48	16.50	4.52	-9.551	.001*
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	17.74	2.75	19.17	3.69	-13.221	.001*
รวม	51.42	6.73	55.79	9.81	-15.220	.001*

*p < .05, Paired t-test

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ด้านกายภาพ

($p = .002$) รองลงมาคือ ด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ ($p = .003$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ ด้านคุณค่าและประสบการณ์ ($p < .001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของเครือข่ายโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ($n = 362$)

การพัฒนาคุณภาพชีวิต	คะแนนก่อนพัฒนา		คะแนนหลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านกายภาพ	18.51	3.08	19.81	4.00	-10.947	.002*
ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม	14.77	2.67	15.64	3.38	-10.873	.001*
ด้านคุณค่าและประสบการณ์	14.14	2.58	15.26	3.35	-10.785	.001*
ด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้ผู้สูงอายุ	18.11	3.05	19.33	3.78	-10.922	.003*
รวม	65.53	10.02	70.45	13.84	-13.610	.001*

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

3. ผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M 113.56$, $S.D. 0.36$) โดยผู้ดูแลมีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุ มากที่สุดคือ ด้านการดูแลสุข

วิทยาส่วนบุคคล ($M 22.02$, $S.D. 3.01$) รองลงมาคือ การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($M 21.22$, $S.D. 4.47$) และมีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุ น้อยที่สุดคือ การผ่อนคลายความเครียด ($M 14.85$, $S.D. 4.31$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ($n = 128$)

ศักยภาพด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนนเต็ม	Mean	SD	ระดับ
การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	25	20.04	3.40	สูง
ความสามารถในการดูแลการบริโภคอาหาร	25	19.53	4.11	สูง
ความสามารถในการดูแลการออกกำลังกาย	20	15.70	3.12	สูง
ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด	20	14.85	4.31	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	30	21.22	4.47	สูง
ความสามารถในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	25	22.02	3.01	สูง
รวม	145	113.56	0.36	สูง

4. ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุหลังพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 มากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย

ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือ ด้านสังคม ร้อยละ 55.5 และน้อยที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน (n= 128)

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต/ จำนวน (%)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	14 (10.9)	26 (20.3)	88 (68.8)
ด้านจิตใจ (Mental)	36 (28.1)	35 (27.3)	57 (44.5)
ด้านสังคม (Social)	6 (4.7)	51 (39.8)	71 (55.5)
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	24 (18.8)	82 (64.1)	22 (17.2)
รวมทุกด้าน	19 (14.8)	64 (50.0)	45 (35.2)

วิจารณ์

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี พบว่า สภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้มีการคัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพึงประสงค์ต่ำกว่าเกณฑ์ ปัญหาด้านการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ไม่มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไม่ชัดเจน ผลการพัฒนามีดังนี้ มีการพัฒนาเครือข่าย ใน 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาทเครือข่าย 2) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ครบวงจร ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตที่สามารถพึ่งพาตนเองได้และพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือ เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 1) ด้านครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุ 3) ชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและบุคลากร 5) ผู้นำชุมชนร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾

2. ผลการพัฒนาเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มากที่สุดคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ รองลงมาคือ

สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเครือข่ายมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาเครือข่าย มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ การจัดตั้งคณะทำงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชต.) นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นมาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีความสนใจไม่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลฟื้นฟูสุขภาพให้ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยเครือข่ายชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ 4) การวางแผนงาน และงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁵⁾และการพัฒนาการบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยบูรณาการภาคีเครือข่ายทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสร้างเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น⁽¹⁶⁾

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพด้านการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลมีศักยภาพด้านการทำงานมากที่สุดคือ ประสานงานกับทีมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุเพื่อจัดบริการที่เหมาะสม การประสานงานขอความช่วยเหลือร่วมกับทีมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ และพบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลด้านความสามารถในการดูแล

ผู้สูงอายุหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ โดยมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง จึงทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่งผลให้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประเด็นที่ทำนายในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ควรประกอบด้วย เทคโนโลยีกับสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพต้องรองรับการดูแลที่ดี⁽¹⁷⁾ และการศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี การจัดรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวและต่อเนื่อง⁽¹⁸⁾

4. ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนามีคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ หากป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดี และรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี ครั้งนี้ มีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพดีในด้านสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดี และผู้ดูแลมีศักยภาพสูง จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและทางสังคมโดยการพึ่งตนเองได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการมีองค์ประกอบ คือ 1) การปรับ

โครงสร้างการบริหารจัดการ 2) การวางแผนระบบการทำงาน 3) การสื่อสารแบบเปิด 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่าย 5) สร้างทีมปฏิบัติการ และ 6) สร้างแรงจูงใจในการทำงาน⁽¹⁹⁾ และสอดคล้องกับการที่ประเทศจีนมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในขณะนี้จึงได้มีการดำเนินงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการศึกษาศักยภาพและความยั่งยืนควบคู่ไปกับการศึกษาจากประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ เพื่อกำหนดใช้เป็นนโยบายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยต่อไป⁽²⁰⁾

สรุป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี ครั้งนี้ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ทุกหน่วยงานควรมีกระบวนการ

ดำเนินงานทั้ง 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 4) พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

บุคลากรผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคนทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th>
2. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมน พฤตภูมิโย. การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 383-92.

3. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิติรัตน์, ประกาย เพชรบุญ, กฤษณกมล รักญาติสกุล. The Management of Elderly Care System in Community. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020; 14(3): 10-21.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. ข้อมูล HDC จังหวัดสระบุรี. [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://sro.moph.go.th>
5. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University, 1988.
6. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
7. ศิราณี ศรีหาคาค, ธารา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 165-78.
8. สายทิพย์ เป็นคุณ, พระมหาวิโรจน์ คุตตวิโร, สงัด เขียนจันทิก, พระเมธาวิญญรส, สายัณห์ อินันใจ. นวัตกรรมเชิงชุมชนสำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐานในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7(9): 374-84.
9. ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 187-97.
10. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
11. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1970.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.

13. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5 D-5 L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University, 2014.
14. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-13.
15. สุมิตรา วิชา, ณัฏพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธนภฤช หมั่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
16. ณัฐพร ประกอบ, ไพจิตร ล้อสกุลทอง, สมฤทธิ์ เนตรทิพย์, บุญถี ล้อยศ. การพัฒนาศูนย์กลางบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ปฏัตนแบบระบบบริการการดูแลระยะยาวภายใต้บริบทของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University 2018: 63-71.
17. จินตนา อาจสันเทียะ, รัชณีย์ ป้อมทอง. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(1): 39-46.
18. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิลา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1): 140-55.
19. นลินี เกิดประสงค์, จันทิมา นวะมะวัฒน์. ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 30(1): 49-63.
20. Feng Z, Glinskaya E, Chen H, Gang S, Qiu Y, Xu J, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. The Lancet. 2020; 396(10259): 1362-72.