

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี

นิพนพัทธ์ ลินทรัพย์ พย.ม.¹, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา ปร.ด^{2*},
นภัทร บุญเทียม ปร.ด², ณัฏฐพร จันทรา พย.บ.¹, จันทรา พรหมจรรย์ พย.บ.¹,
ปราณี บุญฤกษ์ วท.ม.¹, ยุพาพิน สายแวว พย.บ.¹, หทัยทิพย์ วิจารณ์ปัญญา วท.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยรูปแบบวิจัยพัฒนา (Research and development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการคลินิกผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการคลินิกผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (Six Building Blocks) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ รูปแบบการพัฒนาแบบ Plan-Do-Check-Act (PDCA) กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล จำนวน 12 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามถึงโครงสร้าง 2) แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) แบบบันทึกการมาตรวจตามนัด ที่ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80, .81, .81 และ .80 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88, .80, .80 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: สถานการณ์การบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ในระบบบริการในหน่วยงานยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีการจัดบุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีการออกแบบการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม มีการให้บริการผู้สูงอายุรวมในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) Pre Hospital ระบบการดูแลตาม Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) 2) Intra Hospital ระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome และการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีกระดูกสะโพกหัก และ 3) Post Hospital การส่งต่อข้อมูล ต่อเนื่อง ด้วยข้อมูล Geriatric Assessment คินส์ โรงพยาบาลปลายทางเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ พบว่า เจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ในระดับพอใจมาก ผู้สูงอายุได้รับการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่มีการบาดเจ็บอื่น เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ มีการมาตรวจตามนัดร้อยละ 80 ดังนั้น รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ในคลินิกผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอก การดูแลก่อนจำหน่ายงานผู้ป่วยใน รวมถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การมาตรวจตามนัด ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: รูปแบบการบริการ คลินิกผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author e-mail: kkulprateepunya@yahoo.com

วันที่รับ (received) 29 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 เม.ย. 2568

The Development of a Seamless Geriatric Clinic Service Model in Tertiary Hospitals in Ubon Ratchathani Province

Nippapath Sinsap M.N.S.¹, Kunthida Kulprateepunya Ph.D.^{2*},
Napat Boontiam Ph.D.², Nachdaporn Juntra B.N.S.¹, Jantra Promjan B.N.S.¹,
Pranee Boontoog M.Sc.¹, Yupapin Saiveaw B.N.S.¹, Hataitip Vijarnapanya M.Sc.¹

Abstract

This research and development research aimed to study the situation, problems and needs of geriatric clinics, develop a geriatric clinic service model, and evaluate the developed model at Sunpasitthiprasong Hospital. The research was divided into 3 phases as follows: Phase 1: Study of the problem situation and needs of elderly clinics by analyzing external factors (Six Building Blocks); Phase 2: Development of a model for elderly clinics; Phase 3: Evaluation of the results of the development. The concept of systems theory and the PDCA development model were applied. The sample group was a group of health care professionals who work with outpatients, the elderly, and their caregivers, totaling 12 people. The research tools included 1) a semi-structured questionnaire, 2) staff and service recipients satisfaction assessment forms, 3) activities of daily living (ADL) assessment forms, and 4) an appointment attendance record form. All four research tools were tested for their content validity index (CVI) and reliability. Results demonstrated CVIs .80, .81, .81, and .80, respectively, and reliabilities (Cronbach's alpha coefficients) of .88, .80, .80, and .81, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The situation analysis of the elderly clinic service at the hospital found there was no established specialized elderly clinic, no personnel responsible for an elderly clinic, and no holistic elderly assessment. Moreover, services for the elderly were incorporated within the setting for the adult and elderly group. The newly-developed holistic geriatric clinic service model included three aspects: 1) Prehospital, a care model provided based on CGA; 2) Intra-hospital, a care model based on geriatric syndrome and discharge planning for the elderly with complex problems, especially, those having hip fractures; and 3) Posthospital care to provide a continuum of elderly care, such as information and geriatric assessment data being transferred back to the relevant hospital. The evaluation of the developed model found that the staff and the elderly were very satisfied, the elderly received discharge planning and care transfer, and, at home, the ability to perform ADLs generally increased, with patients reporting no new injuries and regaining their prior normal levels of ADLs. The adherence rate with follow-up appointments was 80%. Therefore, the service model for an elderly clinic that provides continuous holistic care from hospital to home had positive outcomes on the elderly. Therefore, the newly-developed care model should be applied to providing care for the elderly in geriatric clinics.

Keywords: service model, geriatric clinic

¹Registered nurse, Sunpasitthiprasong Hospita, Ubon Ratchathani

²Lecture Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author e-mail: kkulprateepunya@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ขณะนี้ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่กำลังเข้าสู่ ภาวะประชากร ผู้สูงอายุ (Population Ageing) ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 มีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2566 พ.ศ. 2578 และ พ.ศ. 2583 ร้อยละ 20.66, 28.55 และร้อยละ 33 ตามลำดับ และใน 20 ปีข้างหน้า อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรไทยจะติดลบ¹ จากรายงานระบบ Health Data Center: HDC ข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 0.56 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 5.5 และพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ร้อยละ 60.7, 20.4 ตามลำดับ² ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นเกิดร่วมกันในส่วนของความเสื่อมของร่างกาย ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้เป็นปัญหาสุขภาพ และโรคที่ตามมาในระยะยาว จากข้อมูลการดำเนินงานตามแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความต้องการในการดูแลทั้งระยะกลางและระยะยาวสูงขึ้น รวมถึงการเกิดโรคที่จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น เช่น โรคอัลไซเมอร์ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นต้น ร่วมกับการมีอาการแสดงที่เป็นลักษณะ Atypical presentation แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น³ ความแตกต่างดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม เพื่อที่จะสามารถประเมินอาการอาการแสดงที่เกิดขึ้น นำไปสู่การดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า จึงมักไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ฉะนั้นในกระบวนการดูแลจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแล เพื่อให้สามารถที่จะเข้าถึงปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม จึงเกิดยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2⁴ ซึ่งมีการส่งเสริมการดำเนินงานผู้สูงอายุและเครือข่าย มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (Elderly Clinic) ให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม มีการจัดบริการต้องมีการจัดรูปแบบที่มีการเชื่อมต่อของการป้องกัน ดูแลฟื้นฟู จัดรูปแบบการบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless care)³ ที่มีการเชื่อมโยงการจัดบริการเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีศักยภาพ โดยใช้กลไกการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงสถานบริการสุขภาพทุกระดับ⁵ เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย รวมถึงการนำไปสู่ผลลัพธ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม⁵

สถานการณ์ปัจจุบันที่กระทรวงมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเปิดคลินิกผู้สูงอายุ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์ได้วางรูปแบบการดำเนินงานในการจัดตั้ง ในด้านบุคลากร เป็นบุคลากรที่เป็นผู้ที่มีความรู้ในศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุ ในด้านความรู้ในการประเมิน Geriatric assessment ของผู้สูงอายุในชุมชน ยังไม่เป็นแนวทางหรือมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ยังขาดระบบการส่งต่อผู้สูงอายุจากคลินิกผู้สูงอายุระหว่างสถานพยาบาล⁶⁻⁷ ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมีการใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางชั้นสูง ให้บริการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบผสมผสาน รับผู้ป่วยทุกช่วงวัย รวมถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน จากสถิติผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2563, 2564, 2565 มีจำนวน 2,411 คน 2,077 คน และ 2,096 คน ตามลำดับ⁸ ที่ผ่านมา ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีรูปแบบการบริการในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ยังให้การ

พยาบาลแบบผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นคลินิกเฉพาะ ดังนั้น เพื่อตอบรับนโยบายดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพแบบครบวงจร (Compressive Geriatric Assessment : CGA) และได้รับการดูแล รักษาในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) รวมถึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นองค์รวม เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุที่มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่งานผู้ป่วยนอก รวมถึงการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัว การส่งต่อข้อมูล CGA เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อการรักษา ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. พัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
3. ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยการใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ ที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกันซึ่งมีผลต่อกันและเป็นข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น⁹ กรอบแนวคิด ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ รูปแบบการบริการผู้สูงอายุ และผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการบริการผู้สูงอายุ มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ (ปัจจัยนำเข้า) ระยะการพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ (กระบวนการ) และระยะการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ (ผลลัพธ์) ดังนี้

ระยะที่ 1 R1 ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (Six Building Blocks) เพื่อทำความเข้าใจในภาพรวมทั้งหมดของสถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง รูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และบริบทที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวนประชากร อ้างอิงจากงานวิจัยของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ¹⁰ โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลเป็นไปตามความอิ่มตัวของข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 12 ราย
2. กลุ่มประชาชนทั่วไป (ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล) จำนวน 12 ราย มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วม (Inclusion criteria) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข
2. กลุ่มประชาชนทั่วไป
 - 1) เป็นญาติของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2) เป็นผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป
 - 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
 - 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนจบการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการคลินิกผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ได้แก่ โครงสร้างองค์กร กำลังคนทางการพยาบาล ระบบสารสนเทศ เทคโนโลยี การเตรียมความพร้อมด้านปัจจัยและทรัพยากร การบริการผู้สูงอายุ รูปแบบการบริการผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามให้เขียนตอบ

การตรวจสอบสอบเครื่องมือ นำเครื่องมือแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินแล้วคำนวณค่า CVI เท่ากับ .80

ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's Alpha เท่ากับ .88 นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 : D1 ระยะพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า ในระบบบริการในหน่วยงานยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีการจัดบุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีการออกแบบการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม มีการให้บริการผู้สูงอายุรวมในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบริการผู้สูงอายุขึ้นจากแบบสอบถามถึงโครงสร้างร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุจึงได้พัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วย

1. Pre-Hospital เป็นระบบการดูแล ตาม Geriatric syndrome (CGS) ได้แก่ ภาวะหกล้ม ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถทางสติปัญญา ภาวะสมองเสื่อม ภาวะขาดสารอาหาร ร่วมกับการประเมินสุขภาพ 9 ด้าน ประกอบด้วย การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพฟัน การกลืนปัสสาวะ กลั้นอุจจาระ ภาวะสมองเสื่อม ต่อมลูกหมากโต สุขภาพจิต และการหกล้ม เป็นต้น

2. Intra Hospital ระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome และการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนในกลุ่มโรค Hip fracture เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักนั้นมีความสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ เช่น การล้ม การหกล้มซ้ำ เป็นต้น

3. Post Hospital เป็นกระบวนการส่งต่อข้อมูล ในระบบการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ในระบบ Smart COC (Continuing of care) ด้วยข้อมูล การประเมินสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และนักวิชาการที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ได้ค่า CVI .80

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ (R2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1.กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการและสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย

2. กลุ่มประชาชนทั่วไป (ผู้สูงอายุ) ที่ได้ติดตามเยี่ยมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ Pre-Hospital เป็นระบบการดูแล ตาม Geriatric syndrome (CGS) ร่วมกับการประเมินสุขภาพ 9 ด้าน ใน Intra Hospital ระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome และการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ในกลุ่มโรค Hip fracture วางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ เช่น การกลืนลำบาก การหกล้มซ้ำ เป็นต้น และ Post Hospital เป็นกระบวนการส่งต่อข้อมูลในระบบการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ในระบบ Smart COC ด้วยข้อมูล ด้วยข้อมูล การประเมินสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง

2. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ของบุคลากร จำนวน 3 ข้อ และผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในคลินิกผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุ Hip Fracture การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน มีจำนวน 4 ข้อ วัดแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ การแปลความหมายระดับความพึงพอใจจากค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ ดังนี้ ค่าคะแนน 4.51 -5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด คะแนน 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก คะแนน 2.51-3.50

หมายถึงระดับปานกลาง คะแนน 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย และคะแนน 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด การตรวจสอบเครื่องมือ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินแล้วคำนวณค่า CVI เท่ากับ .81

ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's Alpha เท่ากับ .88 นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ การตรวจสอบเครื่องมือ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินแล้วคำนวณค่า CVI เท่ากับ .81

ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's Alpha เท่ากับ .80 นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. แบบบันทึกการมาตรวจตามนัด เป็นสมุดสำหรับบันทึกการนัดหมาย ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล เลขที่โรงพยาบาล เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ บันทึกรายละเอียดการดูแลต่อเนื่อง การตรวจสอบเครื่องมือนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินแล้วคำนวณค่า CVI เท่ากับ .80

ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's Alpha เท่ากับ .81 นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัส 020/66C วันที่ 26 ตุลาคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงข้อมูลการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย นักสถิติ และที่ปรึกษางานวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสิทธิปฏิเสธการวิจัย ถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามระเบียบวิธีวิจัย และพัฒนา ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ คลินิกผู้สูงอายุจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (Six Building Blocks) มีการเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา จากนั้นติดต่อประสานงานประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยนัดประชุมทีมที่เกี่ยวข้อง โดยให้ตอบแบบสอบถามถึงโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3. ศึกษาข้อมูล นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุ การบริการแบบไร้รอยต่อ ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) Pre-Hospital เป็นระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome (CGS) 2) Intra Hospital ระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome 3) Post Hospital เป็นกระบวนการส่งต่อ ในระบบ Smart COC (Continuing of care) ด้วยข้อมูล การประเมินสุขภาพ 9 ด้าน และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

4. นำรูปแบบมาใช้จริงในผู้ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ วางแผนจำหน่ายในผู้สูงอายุ Hip fracture มีประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย และติดตามต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประกาศการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาล การแต่งตั้งพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอกทั้งในส่วนภายในโรงพยาบาล และในศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

5. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในวงรอบที่ 3 มีการเก็บข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ และเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุ Hip Fracture การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน โดยเก็บข้อมูลครั้งเดียวหลังสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

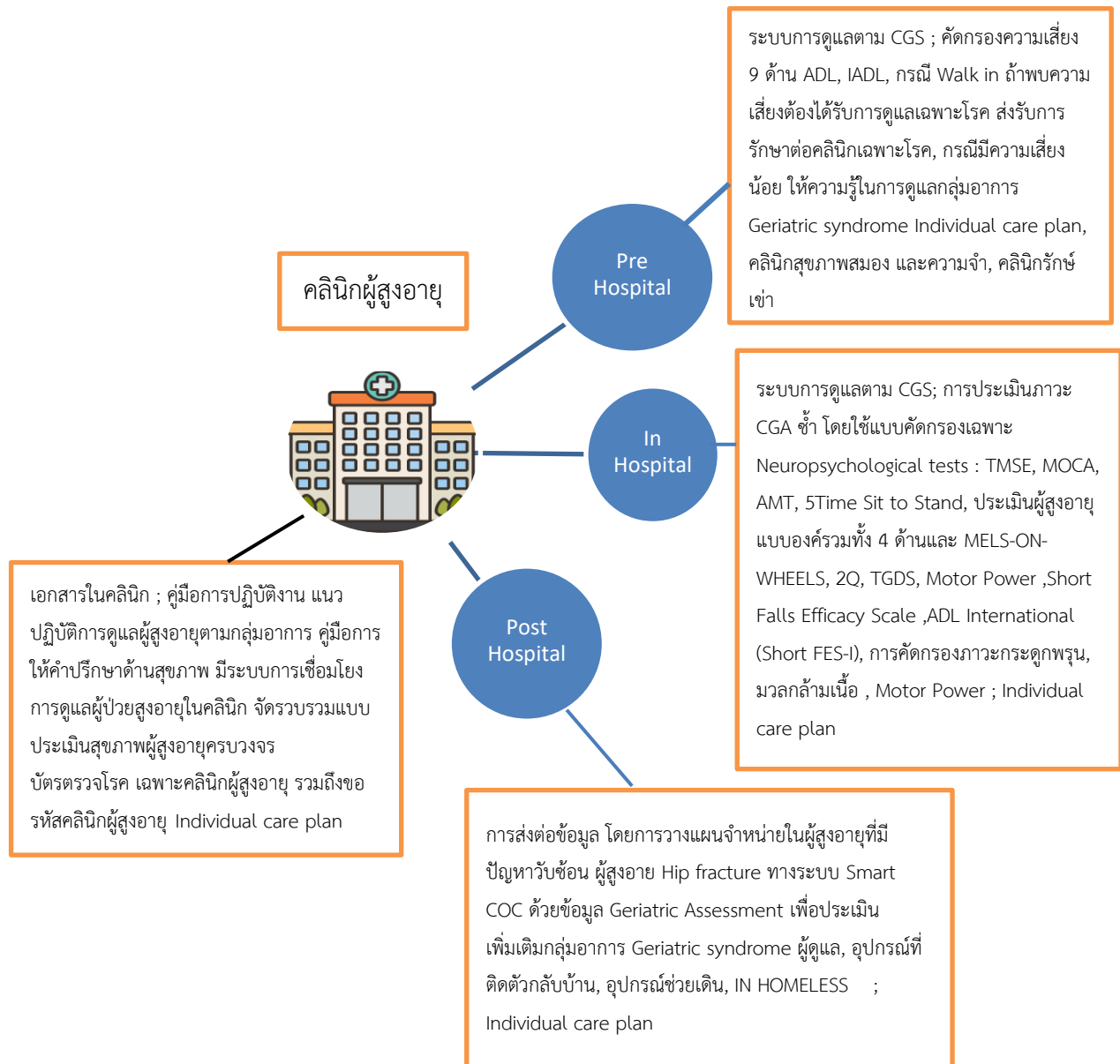
ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 อายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.0 อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับ ประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาสัทธิการ รักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาศัยอยู่กับญาติพี่น้องเป็นส่วนใหญ่

2) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการคลินิกผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (Six Building Blocks) พบว่า ยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยเมื่อวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบ (1) ระบบบริการ ในระบบบริการในหน่วยงานยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในการให้บริการผู้สูงอายุยังเป็นการให้บริการรวมในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปในคลินิกเฉพาะโรค (2) ระบบการเงิน เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนการบริหารจัดการเงินในภาพรวม ไม่มีการแยกออกมาเฉพาะในส่วนของผู้สูงอายุ (3) เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยังไม่มีการเลือกเครื่องมือหรือแบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ ไม่มีการออกแบบการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม มีการให้บริการผู้สูงอายุรวมในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (4) ระบบสารสนเทศยังไม่มีรูปแบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (5) กำลังคน ใช้กำลังคนร่วมกันกับคลินิกเฉพาะโรค ไม่มีการจัดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงในคลินิกผู้สูงอายุ และ (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ยังไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในคลินิกผู้สูงอายุ โครงสร้างองค์กรยังไม่มีระบบโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน มีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี การพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในโรงพยาบาล

3. การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภายหลังจากทดลองใช้มีการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบ เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับพอใจมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในรูปแบบ แนวทางการปฏิบัติงาน (n = 10 คน)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
รูปแบบ แนวทางที่ได้เป็นประโยชน์กับการทำงาน	4.0	1.0	พึงพอใจระดับมาก
สามารถนำรูปแบบ แนวทางที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน	4.44	0.54	พึงพอใจระดับมาก
ภาพรวมความพึงพอใจในรูปแบบ แนวทางการปฏิบัติงาน	4.44	0.54	พึงพอใจระดับมาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ (n= 5 คน)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
ท่านได้ความรู้เพิ่มขึ้น	4.44	0.54	พึงพอใจระดับมาก
ความรู้ที่ได้ตรงกับความต้องการ	4.46	0.54	พึงพอใจระดับมากที่สุด
เป็นประโยชน์กับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	4.42	0.82	พึงพอใจระดับมาก
ภาพรวมความพึงพอใจในการรับคำแนะนำ	4.42	0.82	พึงพอใจระดับมาก

จากตารางค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีความพึงพอใจในการให้คำแนะนำ

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (N=5)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนจำหน่าย จำนวน(ร้อยละ)	หลังจำหน่าย จำนวน(ร้อยละ)
การรับประทานอาหาร		
-ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	1(20)	1(20)
-ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย 01.เช่น ใช้ช้อนดักเตรียมไว้		
-ดักอาหารช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ	4(80)	4(80)
การล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม โกนหนวด		
-ต้องการความช่วยเหลือ	1(20)	1(20)
-ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	4(80)	4(80)
การขึ้น-ลง จากเตียง		
-ไม่สามารถนั่งได้		
-ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากถึงจะนั่งได้ ต้องมีคนมีทักษะแข็งแรงพยุง หรือดันขึ้นจึงจะนั่งได้	1(20)	1(20)
-ต้องการความช่วยเหลือบ้าง มีคนช่วยพยุงเล็กน้อย	4(80)	4(80)
-ทำตัวเอง		
การใช้ห้องน้ำ		
-ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	1(20)	1(20)
-ทำเองได้บ้าง เช่น ทำความสะอาดตัวเองหลังเสร็จธุระ	4(80)	4(80)
-ช่วยเหลือตัวเองได้ดี		
การเคลื่อนที่ภายในบ้าน		
-เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	1(20)	1(20)
-ต้องใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	4(80)	4(80)
-เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย		
-เดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง		
การแต่งตัว		
ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย		
-ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 50 นอกนั้นมีคนช่วย	1(20)	1(20)
-ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	4(80)	4(80)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนจำหน่าย จำนวน(ร้อยละ)	หลังจำหน่าย จำนวน(ร้อยละ)
การขึ้นบันได 1 ชั้น	5(100)	1(20)
-ไม่สามารถทำได้		
-ต้องการคนช่วย		4(80)
-ขึ้น-ลง ได้เอง ถ้าใช้ walker จะต้องเอวขึ้น เอลงได้ด้วย		
การอาบน้ำ		
-ต้องมีคนช่วย หรือทำให้	5(100)	1(20)
-อาบน้ำเอง		4(80)
การกลืนอาหาร		
-กลืนไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	1(20)	1(20)
-กลืนไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า1ครั้ง/สัปดาห์)		
-กลืนได้ตามปกติ	4(80)	4(80)
การกลืนปัสสาวะ		
-กลืนไม่ได้	1(20)	1(20)
-กลืนไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1ครั้ง)		
-กลืนได้ตามปกติ	4(80)	4(80)

จากตารางระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็น Hip Fracture นั้น ไม่มีการบาดเจ็บอื่น ร่างกายส่วนอื่นยังใช้งานได้ เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เดินได้เองโดยใช้คนช่วยหรือไม่ค้ำยัน มีหนึ่งรายที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงในการเคลื่อนไหว การอาบน้ำ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ตารางที่ 4 การมาตรวจตามนัด (n=5)

การมาตรวจตามนัด	ร้อยละ
การมาตรวจตามนัด	80

จากตาราง พบว่ามาตรวจตามนัดร้อยละ 80 เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุติดเตียง อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด

การอภิปรายผล

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว สิ่งสำคัญที่ตามมาคือ ความจำเป็นที่จะต้องมีการตระหนัก ใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น จึงมีแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกภาคส่วน มีรูปแบบที่เป็นแนวทางให้เลือกปฏิบัติในการดูแล ในแต่ละบริบท แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ฉะนั้นในแต่ละบริบทการดูแลจะต้องมีการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท ตามหน่วยงานที่ปฏิบัติ เพื่อให้มีแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ในระยะที่ 1 จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาที่พบในโรงพยาบาล คือ ยังไม่มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานในคลินิก

ไม่มีระบบการดูแลส่งต่อ เอกสารการปฏิบัติงาน คู่มือการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ในโรงพยาบาลยัง ไม่มีผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ในการประเมิน Geriatric assessment ของผู้สูงอายุ ยังไม่เป็นแนวทางหรือมาตรฐานเดียวกัน จึงควรมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลผู้สูงอายุรับผิดชอบประสานงานในคลินิก ควรเป็นรูปแบบการบริการที่อย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ได้รับบริการในคลินิกเฉพาะโรค ซึ่งมีการประเมินเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป ยังไม่ได้รับการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment : CGA) ยังไม่มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีระบบการดูแลส่งต่อที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล และระยะต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง ทำให้มีอาการ และอาการแสดงที่ไม่ตรงไป ตรงมา (Atypical presentation)³ ซึ่งทำให้ไม่สามารถประเมินอาการที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ครบถ้วน ตามความต้องการของผู้สูงอายุ และญาติที่ต้องการการแนะนำที่สำคัญรวมถึงการดูแลต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวล้มหกล้ม Hip fracture ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินงาน จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพแบบครบวงจร (CGA) และได้รับการดูแล รักษาในกลุ่มอาการ รวมถึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ที่มีการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจน ในปัญหาทางด้าน Geriatric syndrome การส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ หลากหลายการศึกษา ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ในส่วนของงานผู้ป่วยนอก ต้องมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยมีการศึกษาคู่มือ แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับข้อมูลจากแบบสอบถามเชิงโครงสร้าง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน ตั้งแต่ Pre-hospital, In-hospital, Post hospital มีพยาบาลผู้สูงอายุรับผิดชอบประสานงานในคลินิก สามารถประเมินผู้สูงอายุเปราะบาง ที่มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรค ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินแบบเป็นองค์รวมเพิ่มเติม

2. การพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) Pre Hospital ระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome (CGS) ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นกระบวนการประเมินผู้สูงอายุในชุมชน อย่างครอบคลุม เพื่อค้นหาความผิดปกติในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 2) Intra Hospital ระบบการดูแลตาม Geriatric syndrome และการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน Hip fracture มีแบบประเมินการวางแผนจำหน่ายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง ที่ต้องได้รับการจัดการรายกรณี Hip fracture เนื่องจากภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาที่สำคัญ และพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ ทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่พยาบาลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญ เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำ กลัวการเดิน อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ และเกิดการเสียชีวิตได้ในที่สุด การเปิดบริการคลินิกกระตุ้นสมอง คลินิกรักษ่าเข้า 3) Post Hospital การส่งต่อข้อมูล Smart COC ด้วยข้อมูล Geriatric Assessment ทำให้มีการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมที่เหมาะสม หลังจากการวางแผนจำหน่ายมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ในคลินิกผู้สูงอายุ มีคู่มือปฏิบัติงาน การแต่งตั้งพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีการเพิ่มหัวข้อการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าสมองเสื่อม ในกรณีส่งปรึกษาประสาทใช้ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลเครือข่าย มีบัตรตรวจรหัสเฉพาะของคลินิกผู้สูงอายุ คู่มือการปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติ คู่มือการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ มีระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในคลินิก

3. การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ในปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากความสูงอายุนั้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่มีความเปราะบางมีโรคภัยหลายโรค อันอาจเกิดจากกระบวนการชรา หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ ดังนั้นในกระบวนการดูแลจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลและการประเมินอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้สามารถที่จะเข้าถึงปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการอย่างครอบคลุม เหมาะสม รวมถึงมีความปลอดภัย ในรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้แนวทางจากกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นแนวทางที่เป็นโครงสร้างที่เป็นแนวทาง ไม่ได้เป็นรูปแบบเฉพาะในบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีระบบการดูแลเพิ่มเติมโดยมีการจัดทำบัตรตรวจเฉพาะของคลินิกผู้สูงอายุที่รวมเอารายละเอียดการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม การเลือกเอาแบบประเมินที่เหมาะสมและใช้เวลาในการทำงานไม่นาน เช่น การประเมินการหกล้มใช้แบบประเมิน 5 Time sit to stand การประเมินการได้ยิน ใช้ Wisper test เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้การปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นองค์รวมครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

ในด้านการปฏิบัติงานการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จำเป็นจะต้องมีแนวทางปฏิบัติ รูปแบบการปฏิบัติงานที่สามารถที่จะสื่อสารการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ที่ผ่านการพูดคุย แนวการปฏิบัติงานร่วมกัน การได้มีการหาแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานร่วมกันนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการปฏิบัติงาน เพราะเกิดจากการที่ทุกฝ่ายมีความเห็นร่วมกัน ร่วมกันตัดสินใจ⁶ ยอมรับในแนวทางปฏิบัติที่ได้ สามารถปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพได้ การมีรูปแบบในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม การประเมินสุขภาพแบบครบวงจร (CGA) และได้รับการดูแล รักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ รวมถึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนภรณ์ พรหมฉาย¹¹ พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานคือ มีการสื่อสารความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในหน่วยงาน สามารถใช้ความสามารถในการทำงาน ที่จะทำให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ในส่วนของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากที่ผ่านมาการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลยังเป็นการให้บริการโดยรวม ไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจน อาจทำให้ยังไม่สามารถให้การบริการที่ตรงครบวงจร ในกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ เมื่อมีรูปแบบ การจัดบริการผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับการดูแล การมีรูปแบบในการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจ^{6,11-12} การวางแผนจำหน่าย มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตัวเองก่อนจำหน่าย การส่งเสริมดังกล่าวนี้จะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป¹³ ในส่วนของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ลดลงยกเว้นหนึ่งราย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในเรื่องอายุ โรคภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน การเจ็บป่วยในครั้งนี้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมดล้วนมีผลกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร¹⁴ การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานการดูแล และการได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่รวดเร็วก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่นกัน¹⁵ การมาตรวจตามนัดร้อยละ 80 ถือว่าเป็นอัตราการมาตรวจตามนัดที่ยอมรับได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุติดเตียง อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย มีการส่งต่อการดูแลผ่านระบบ Smart COC ที่มีการส่งต่อข้อมูลทาง CGA ที่มีความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน หลังกลับจากโรงพยาบาลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับมีโรคภัยที่ควบคุมไม่ได้ มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ถึงแม้จะมีบุคลากรทางการพยาบาลดูแลทำแผลให้ทุกวัน แต่แผลกดทับยังติดเชื้อ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วย เสียชีวิต ไม่สามารถ

มาตรวจตามนัดได้ ในส่วนของผู้ให้บริการ เนื่องจากงานดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เวลานาน งานเชิงคุณภาพจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างเป็นองค์รวมเพื่อที่สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมเพื่อที่จะสามารถค้นพบปัญหา ข้อเสนอแนะที่ตรงกับที่ผู้สูงอายุเป็น เพื่อที่จะให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้ เพื่อที่จะสามารถชะลอความเสื่อมไว้นานที่สุด ผู้รับบริการได้รับความรู้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีความพึงพอใจ ในระบบบริการที่ไร้รอยต่อนั้นจะสามารถเกิดขึ้นได้จะต้องมีข้อมูลสุขภาพที่บูรณาการ ร่วมกับข้อมูลสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงกันในระหว่างหน่วยงาน ซึ่งข้อมูลสุขภาพที่สำคัญจะประกอบไปด้วย ผู้ที่มารับบริการ ผู้ที่ให้บริการ และรูปแบบการบริการที่ให้¹⁶ เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุนั้นเป็นกระบวนการดูแลที่เป็นการดูแลเชิงคุณภาพที่เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการเก็บข้อมูลเมื่อมาตรวจตามนัด จึงเป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่เป็นตัวแทนของผู้ที่มารับบริการ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่รับผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลส่งต่อในคลินิกเฉพาะโรค แต่เนื่องด้วยกระบวนการ Atypical presentation ในผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดการประเมินไม่ครอบคลุมการประเมินอย่างเป็นองค์รวมถึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายรรวมถึงการมีการส่งต่อข้อมูล CGA ในระบบ Smart COC เพื่อเป็นการให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อ ดูแลปัญหาอย่างต่อเนื่อง มีการบริการผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุไปปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน รวมถึงสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต่อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระยะกลาง การดูแลระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ การถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละบริบท ในโรงพยาบาลในแต่ละระดับ การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในกลุ่มที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง โรคเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-23/download/?did=214400&id=109319&reload=>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนียน คลีเอชั่น; 2554.
4. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2545.

5. สกานต์ บุณนาค, นิติกุล ทองน่วม, บรรณาธิการ. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ซีจีทูล; 2564.
6. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐมา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17:255-71.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษา การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของการมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/25640706090537AM_รายงานวิจัยคลินิกผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์.pdf
8. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุที่มารับบริการอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ปี 2563-2565. อุบลราชธานี: กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2566.
9. World Health Organization. Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action [Internet]. 2007 [cited 2023 Jan 30]. Available from:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพีย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23:79-87.
11. ธนภรณ์ พรหมราย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา [ปริญญานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. หาดใหญ่: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
12. คิณรณงค์ โคตรทอง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเทิง ตำบลไธสง อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
13. วศินี วีระไวยะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2566;3:1-12.
14. กัญชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ พักสุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร, อรพรรณ โตสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22:488-91.
15. ดวงกมล สุวรรณ, วิภา แซ่เซี้ย, ประณีต ส่งวัฒนา. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560;9:14-25.

16. บุญชัย กิจสนาโยธิน, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อกับความจริงด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ผู้คนมักไม่ตระหนัก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15:131-35.