

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก Continuing Care in Community of Older Adults with Chronic Illness, Following the Service Healthcare Standard of WHO Framework

วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, พย.ม., Wassana Rungrojwattana, MS.N.^{1*}

จินตนา อาจลันเทียะ, สด., Jintana Artsanthia, Dr.P.H.²

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

²Associate Professor, Dr.P.H., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

*Corresponding Author Email: wassana@slc.ac.th

Received: July 23, 2021

Revised: December 20, 2021

Accepted: December 25, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง จำนวน 53 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับดีที่ค่าเฉลี่ย 4.03 จากระดับคะแนนเต็ม 5 ด้าน การดูแลต่อเนื่องระยะยาว พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.90 ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.95 ส่วนการรับรู้ของผู้สูงอายุด้านระดับการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พบว่าค่าเฉลี่ยรายด้านรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.07 นอกจากนี้ในภาพรวมของระดับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.21

ดังนั้นจากผลการวิจัยการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก

Abstract

This survey research aimed to study the situation of the continuity and coordination of cares in community of chronic illness by using WHO Framework which was based on healthcare services. Samples were the older adults with chronic illness in urban area. Fifty-three cases were collected. Questionnaires were tested by content validity and reliability with 3 experts with IOC of 0.98 and Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Descriptive analysis was analysed in percentage, mean and standard deviation.

The results found that the perception of the continuing care framework of WHO 2018 of the opinion of patients, relationship and trust among providers were good at 4.03 out of 5. The longitudinal continuity in over view had the level of perception at 3.90. The informational continuity was fair at, 3.95. The integrated people-centered health services were good, at 4.07. The satisfaction with health care was good, at 4.21.

Thus, continuing care in community of the older adults with chronic illness following WHO framework will be the background information for healthcare providers to develop the continuing cares which follow the standard of World Health Organization.

Keywords: Continuing cares in community, older adults with chronic illness, WHO

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าโรคเรื้อรังส่วนมากเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวที่เปลี่ยนไป มีอุบัติการณ์สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขทั่วโลก (Alonso, J., Ferrer, M., Gandeck, B.& et al., 2004) สำหรับประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามการแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุขององค์การสหประชาชาติคือมีประชากรที่มีอายุ65ปีขึ้นไปร้อยละ

10 โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุช้ากว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วมีเวลาปรับตัว ปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ (Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2017) ผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังควรได้รับการดูแลต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย การติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม

มีระบบการประสานงาน การสื่อสาร การเชื่อมโยงและ ส่งต่อเพื่อการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญตลอดจนการส่งกลับ ชุมชนภายใต้การดูแลของ อสม.ในระยะยาวอย่างยั่งยืน เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลที่มีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ตามศักยภาพที่มีอยู่เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่ง ประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง มีทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแล ที่ผู้ป่วยต้องการหลังจากจำหน่าย รูปแบบการดูแลจะ ประกอบไปด้วยการติดต่อประสาน การส่งข้อมูลการ รักษา ปัญหาสุขภาพที่ต้องการให้พยาบาลดูแลต่อเนื่อง กันในแต่ละระดับสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วย/ญาติมีความพร้อมในการ ดูแลตนเองที่บ้านได้ภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็น ไปได้ (Emmett, B Keeler, 2005)

การดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีการเน้นความสำคัญของ ความต่อเนื่องของการดูแลที่สะท้อนถึงการมีประสบการณ์ด้าน การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันกับความต้องการด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ การประสานงานการดูแลเพื่อเป็นแนวทางของการ ดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลและผู้ ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อ ให้เกิดความมั่นใจและได้รับการดูแลแบบบูรณาการ การ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นและสำคัญที่ต้อง มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่จะเป็นระบบที่จะช่วยเพิ่ม คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดี จากผลการศึกษา การดูแลต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังในชุมชนพบว่ามีการดูแลที่หลากหลายตาม ที่หน่วยงานต่างๆจะกำหนดขั้นตอนและรูปแบบและ นำมาใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (หน่วย

บริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2560 ; หน่วยการพยาบาลต่อเนื่องโรงพยาบาลศิริราช, 2559) ที่มีรูปแบบตามที่โรงพยาบาลกำหนด รูปแบบส่วนใหญ่ จะประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การ ติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินผล ซึ่งการดูแลต่อ เนื่องที่มีความหลากหลายนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำการดูแล ต่อเนื่องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก มาศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูล ในการพัฒนาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้จะเป็นการพัฒนา ต่อยอดเป็นนโยบาย ปรับปรุงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้นการศึกษาศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วย เป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการ ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้อง ศึกษาให้ทราบและเป็นหลักฐานของการศึกษาระบบ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามกรอบแนวคิดของ WHO ซึ่งงานวิจัยในรูปแบบการศึกษาศึกษาการดูแลต่อเนื่องตาม แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยังไม่มีหลักฐาน ปรากฏชัดเจน การศึกษานี้จึงเป็นการสำรวจที่ได้ข้อมูล ตามเกณฑ์มาตรฐานของ WHO ที่จะใช้เป็นมาตรฐาน การดูแลต่อเนื่องในระดับชาติหรือนานาชาติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องสำหรับ ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพของ องค์การอนามัยโลกเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การดูแลต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 (WHO 2018) ที่ประกอบด้วยการรับรู้การดูแลต่อเนื่องและความร่วมมือในการดูแลในชุมชนที่ประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการ ด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาว และด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง และยังวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (survey method research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง

ในกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน (Finite population) Yamane (1973) ได้คิดสูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 133 คน ในงานวิจัยมีการแบ่งพื้นที่และสัดส่วนการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนหนึ่งเก็บข้อมูลที่ประเทศอินโดนีเซีย อีกส่วนหนึ่งเก็บข้อมูลที่ประเทศไทย จำนวน 53 รายโดยคำนวณสัดส่วนจากสัดส่วนประชากร จึงนำเสนอกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนศึกษาจำนวน 53 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ Arthritis, Cancer, Kidney Disease, Diabetes, Epilepsy, Heart Disease, HIV/AIDS, Mental Disorders, Lung Diseases, Stroke, เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนเมือง และเป็นผู้ได้รับ

การดูแลทางสุขภาพจากศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพในพื้นที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้สูงอายุมีอาการโรคกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือไม่ได้อยู่อาศัยในชุมชนในวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดผู้ตอบเลือกคำตอบด้วยตนเองจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน เป็นแบบสอบถามการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่พัฒนามาจากแบบสอบถามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อความจำนวน 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ รูปร่าง และโรคประจำตัว ลักษณะของคำตอบเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 มีข้อความจำนวน 30 ข้อ ถามเกี่ยวกับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการ การดูแลต่อเนื่องระยะยาว ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง การบูรณาการการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และความพึงพอใจในบริการ ลักษณะของตัวเลือกมี 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

แบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระดับการรับรู้ในการดูแลต่อเนื่องของผู้รับบริการ ภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 (WHO 2018) มีลักษณะให้เลือกตอบเป็นระดับคะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การประเมินค่าเฉลี่ย คือ ระดับต้องปรับปรุงคือค่าเฉลี่ย < 3.50 ระดับพอใช้คือค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51-3.99 ระดับดีคือค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.00-4.50

และระดับดีมาก คือค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.51-5.00

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความสอดคล้องของข้อคำถามกับประเด็นที่ต้องการศึกษา (index of item objective congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.98 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

4. จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หมายเลขหนังสือรับรอง E.007 /2563 ให้ไว้ ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้ที่เข้าร่วมโครงการต้องเซ็นยินยอมโดยสมัครใจโดยข้อมูลที่ตอบของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่สามารถสืบถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะทำลายเอกสาร แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทันทีเมื่อบทความวิจัยได้รับการเผยแพร่ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลต่อการดูแลตามปกติที่ผู้สูงอายุต้องได้รับบริการทางสาธารณสุข

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 เสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

5.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เพื่อเก็บข้อมูลในชุมชน

5.3 ติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครติดไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เชิญชวนอาสาสมัครโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนและขอความยินยอม เมื่ออาสาสมัครตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียด เตรียมอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ พร้อมขออนุญาตให้ทำการทดลอง อธิบายเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามความสะดวกและเหมาะสมของสถานการณ์

5.4 เก็บข้อมูลชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (WHO 2018) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่ได้รับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด WHO ความพึงพอใจในการดูแลต่อเนื่องด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นเพศ ชาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 13 และเพศหญิง จำนวน 46 คน ร้อยละ 87 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ 49.0 และอายุ 70 ปี ขึ้นไปจำนวน 27 คน ร้อยละ 51 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 36 คน ร้อยละ 67.9

สำหรับอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขายจำนวน 11 คน ร้อยละ 20.7 และ ว่างงานเป็นแม่บ้านจำนวน 34 คน ร้อยละ 64.1

ด้านรายได้ต่อเดือน < 5,000 บาท ร้อยละ 24.5 รายได้ 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 54.7 ด้านการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง (ปู่-ย่า-ตา-ยาย-พ่อ-แม่-พี่-น้อง) มีจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 คน

ด้านรูปร่างของผู้สูงอายุไทยที่พบ อ้วนจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 34 รูปร่างปกติจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 และรูปร่างผอม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ด้านโรคประจำตัวที่พบ เบาหวานร้อยละ 5.7 ความดันโลหิตร้อยละ 43.4 เป็นทั้งเบาหวานและความดันร้อยละ 39.6 และโรคอื่นๆที่เรื้อรังเช่นหัวใจ เก๊าท์ จำนวนร้อยละ 11.3 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. แสดงลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวนและร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	7	13
- หญิง	46	87
อายุ		
- 61-70	26	49
- >70	27	51
การศึกษา		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	36	67.9
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	5.7
- ระดับอนุปริญญา/ปวส.	5	9.4
- ระดับปริญญาตรี	1	1.9
- ไม่ได้ศึกษา	8	15.1
อาชีพ		
- เกษตรกร	1	1.9
- รับจ้าง/พนักงานออฟฟิศ	7	13.2
- ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	11	20.8
- ว่างงาน แม่บ้าน	34	64.1

ข้อมูล	จำนวนและร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
- < 5,000 บาท	13	24.5
- 5,000 -10,000	29	54.7
- 10,001 -15,000	9	17
- >15,000	2	3.8
รูปร่างของผู้สูงอายุไทย		
- อ้วน	18	34
- ปกติ	24	45.3
- ผอม	11	20.7
ด้านโรคประจำตัว		
- เบาหวาน	3	5.7
- ความดันโลหิต	23	43.4
- เบาหวานและความดัน	21	39.6
- อื่นๆ	6	11.3

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .65$) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ สัมพันธภาพและความไว้วางใจที่มีต่อผู้ดูแล รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้ดูแล และน้อยที่สุดคือ การดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อ ($\bar{X} = 4.13$ $SD = .73$, $\bar{X} = 4.07$ $SD = .61$ และ $\bar{X} = 3.96$ $SD = .58$ ตามลำดับ)

ด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 3.90$, $SD = .66$) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ มีการดูแลเชิงรุกถึงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

รองลงมาคือ มีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และน้อยที่สุดคือ มีการดูแลและติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม ($\bar{X} = 4.13$ $SD = .71$, $\bar{X} = 4.07$ $SD = .70$ และ $\bar{X} = 3.71$ $SD = .60$ ตามลำดับ)

ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 3.95$, $SD = .61$) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแล รองลงมาคือ ผู้ดูแลยึดมาตรฐานและใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแล และน้อยที่สุดคือ มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกัน ($\bar{X} = 4.03$ $SD = .61$, $\bar{X} = 4.00$ $SD = .65$ และ $\bar{X} = 3.86$ $SD = .62$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 2)

ส่วนที่ 1 การดูแลต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 (WHO 2018)

ตารางที่ 2. แสดงการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018

ด้านพิจารณา		ประเด็นตามกรอบองค์การอนามัยโลก	ค่าเฉลี่ยจากระดับ 5 คะแนน		ระดับ
			ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน	
1) ด้านสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลและ ผู้รับบริการ	1.1	ระดับสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่มีต่อผู้ดูแล	4.13	.73	ดี
	1.2	ผู้ดูแลปฏิบัติการและมีการวางแผนการดูแลร่วมกัน	4.01	.66	ดี
	1.3	การดูแลครบถ้วน และครอบคลุมตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดไว้	4.00	.70	ดี
	1.4	ระดับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ระหว่างผู้ดูแล	4.07	.61	ดี
	1.5	การดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อ	3.96	.58	พอใช้
	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม		4.03	.65	ดี
2) ด้านการดูแล ต่อเนื่องระยะยาว	2.1	ชุมชนที่อาศัยอยู่มีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องระยะยาว	3.98	.77	พอใช้
	2.2	มีการดูแลและติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม	3.71	.60	พอใช้
	2.2	มีระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแล	3.81	.53	พอใช้
			4.01	.77	ดี
	2.3	ในชุมชนมีผู้ประสานงานสำหรับการเชื่อมประสานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เช่น อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น	3.75	.61	พอใช้
	2.4	ระหว่างการดูแล ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมสุขภาพอื่นๆ หรือมีการเชื่อมต่อกับเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ	4.01	.69	ดี
	2.5	มีการจัดการด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างยั่งยืน	3.73	.62	พอใช้
	2.6	การจัดการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ มีการเชื่อมประสานข้ามพื้นที่หรือภาคส่วนต่างๆมาร่วมดูแล	3.79	.63	พอใช้
	2.7	ทีมผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภายใต้หลักวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์พิสูจน์	3.94	.66	พอใช้
	2.8	ชุมชนมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงและการจัดการภาวะเสี่ยง/วิกฤติรุนแรงเป็นรายกรณี	4.13	.71	ดี
	2.9	มีการดูแลเชิงรุกถึงระดับระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.07	.70	ดี

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ด้านพิจารณา	ประเด็นตามกรอบองค์การอนามัยโลก	ค่าเฉลี่ยจากระดับ 5 คะแนน		ระดับ
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
3) ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง	2.10 มีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง	3.88	.69	พอใช้
	2.11 มีการใช้แผนการดูแลรายกรณีอย่างครบถ้วน รวมถึงมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา	3.90	.66	พอใช้
	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม	4.03	.61	ดี
	3.1 มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแล	3.98	.57	พอใช้
	3.2 มีการแจ้งและการให้ความยินยอม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแล	3.86	.62	พอใช้
	3.3 มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกัน	3.90	.59	พอใช้
	3.4 มีระบบการบันทึกข้อมูลร่วมและตรงกันระหว่างผู้ดูแล	4.00	.65	ดี
	3.5 ผู้ดูแลยึดมาตรฐานและใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแล	3.95	.61	พอใช้
	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม			

ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และความพึงพอใจในบริการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.07, SD = .65) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุดคือการได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ ความคาดหวังต่อการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ($\bar{X}$ = 4.84, SD = .52, $\bar{X}$ = 4.11, SD = .66 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่

คะแนนน้อยที่สุดและคะแนนเท่ากันมี 3 ข้อคือ การได้รับการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระดับประคับประคอง การประสานเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการทุกระดับ การดูแลต่อเนื่องทั้งในทีมสุขภาพ และการได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายภายนอก ($\bar{X}$ = 3.84, SD = .66) สำหรับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.21, SD = .74) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการรับรู้ของผู้สูงอายุด้านระดับการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และความพึงพอใจ

ด้านพิจารณา		รายการตามองค์การอนามัยโลก	ค่าเฉลี่ยจากระดับ 5 คะแนน		ระดับ
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
1) การบูรณาการการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	1.1	การได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.84	.52	ดีมาก
	1.2	การได้รับการจัดการที่ดี และมีการส่งมอบการดูแลต่อเนื่อง	4.05	.71	ดี
	1.2	การได้รับการป้องกันโรค และการจัดการเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งวินิจฉัยโรคและให้การรักษา	4.00	.67	ดี
	1.4	การได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลประคับประคอง	3.84	.66	พอใช้
	1.5	การประสานเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการทุกระดับ	3.84	.66	พอใช้
	1.6	การดูแลต่อเนื่องทั้งในทีมสุขภาพ และการได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายภายนอก	3.84	.69	พอใช้
	1.7	ความคาดหวังต่อการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต	4.11	.66	ดี
	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม		4.07	.65	ดี
2) ความพึงพอใจในบริการ	ระดับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ	4.21	.74	ดี	

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 17 และเพศหญิง ร้อยละ 83 คน อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.0 และอายุ 70 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้ 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 54.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 67.9 และไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.1 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุหญิงให้ความสนใจต่อเรื่องราวทางสุขภาพ สนใจเข้ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าชาย และปัจจุบันผู้สูงอายุมีอายุไขเฉลี่ยยาวนานขึ้น จึงพบกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 70 ปีเป็นส่วนใหญ่ รายได้ของผู้สูงอายุ

พออยู่ได้ในสังคมไทย ส่วนใหญ่มีรายได้มาจากเงินจากบุตรหลาน เงินสนับสนุนของภาครัฐ ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาต้น และบางส่วนยังไม่ได้มีการศึกษาอยู่จากคนในยุคกลุ่ม Baby boomer คือ กลุ่มคนที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2489 – 2507 สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (Apichet and Others, 2017) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.8 และเพศชาย ร้อยละ 26.2 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.1 มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 88.7 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 1-10 ปี ร้อยละ 67.3 และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 88.1

ผู้สูงอายุร้อยละ 30.8 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.5 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

จากผลการศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับดี ที่ค่าเฉลี่ย 4.03 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่มีต่อผู้ดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.13 และรองลงมาคือ ระดับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ระหว่างผู้ดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.07 และน้อยที่สุดคือการดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย 3.96 นั้นอภิปรายได้ว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกดีที่มีทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการจัดการต่างๆ สอดคล้องกับการลงสำรวจเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ จะใช้เวลาพูดคุยด้วยเป็นเวลานาน ให้ความเป็นกันเอง ซึ่งในระบบการดูแลมีพยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสุขภาพคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนในประเด็นของการคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อนั้นทีมสุขภาพให้ความสำคัญอันดับรองเนื่องจากในสภาพปัญหาทีมผู้ดูแลเน้นการดูแลพื้นฐานของชีวิตก่อน และประเด็นการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลทุกมิติจึงตามมาภายหลัง สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุขเมธ และสุภาพร ดาวดี, 2563) พบว่าการดูแลที่บ้านในชุมชนจึงมีความสำคัญมีการจัดโดยทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ที่ไปติดตามดูแล

ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนที่เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยใจอย่างมีความสุข รูปแบบบริการที่ใส่ใจผู้สูงอายุบุคลากรควรมีจิตใจที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเข้าใจในความสูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังมีประเด็นการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาว พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.90 โดยมีระบบติดตามเผื่อระวังเพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวและต่อเนื่องในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนระดับรองลงมาคือในชุมชนมีผู้ประสานงานสำหรับการเชื่อมประสานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เช่น อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้นและมีการจัดการด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างยั่งยืนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.01 และลำดับน้อยที่สุดคือมีการดูแลและติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม ในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.71 นั้นอภิปรายได้ว่า ในชุมชนมีระบบการทำงานของทีมสุขภาพที่ดี แต่ในภาพรวมของการกำกับติดตามอาจยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุในการติดตามโดยรวมจากทีมสหวิชาชีพยังมีน้อยกว่าด้านอื่นๆ ตรงกับสภาพความเป็นจริงในการะงานของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ บ่อมทอง, 2561) และ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกี่ยวพันทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน (Raveewan Kaewyoo, Phatchararin Niamkerd & Supranee Promsukhan, 2020) พบว่าการเจ็บป่วยที่มีความบกพร่องทางกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำ

วันบางอย่างได้เอง จึงต้องมีคนคอยช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการปลอบใจให้กำลังใจ และยกย่องเชิดชู ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่รัก และไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ลูกหลาน มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ดูแล ในขณะที่เดียวกันการให้ข้อมูลข่าวสารหรือการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปและยังสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่พบว่า แผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการ สม่ำเสมอ โดยบุคลากรทางการแพทย์เช่นพยาบาลชุมชน ที่ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องติดตามดูแลเป็นระยะๆอย่างใกล้ชิดโดยศูนย์บริการสาธารณสุขจะดำเนินการติดตามเยี่ยมเป็นประจำ โดยใช้บ้านเปรียบเสมือนเป็น Ward เพียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแล คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน (จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำแพรว, 2557)

จากผลการศึกษาด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.95 มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาคือผู้ดูแลยึดมาตรฐานและใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.00 มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกันในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย 3.86 ซึ่งน้อยที่สุด อภิปรายได้ว่าการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อมูล ข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องต้องใช้หลากหลายช่องทางในการสร้างความเข้าใจ และส่วนผู้ให้ข้อมูลต้องมีระบบการ

ให้ข้อมูลที่ติดตามแนวปฏิบัติจะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพดีขึ้นในชุมชนจะมีหอกระจายข่าวที่ต้องสื่อสารกันต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน (Samrit Srithamrongsawat, Kanitta Bundhamcharoen, Siriphan Sasat & Kwanjai Amnatsatsue, 2009) พบว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในชุมชน บุคลากรมีทักษะด้านชุมชนค่อนข้างดีแต่ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุยังมีจำกัด การส่งต่อบริการระหว่างสถานเอนกมัยและโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเชื่อมต่อกันของบริการสุขภาพจึงมีระบบรองรับที่ดี

จากผลการศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุด้านระดับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พบว่าค่าเฉลี่ยรายด้านรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนใหญ่การได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับดีมากมีค่าเฉลี่ย 4.84 รองลงมาคือความคาดหวังต่อการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.11 และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ การได้รับการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลประคับประคอง การประสานเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการทุกระดับ และการดูแลต่อเนื่องทั้งในทีมสุขภาพ และการได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายภายนอกอยู่ในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.84 นอกจากนี้ในภาพรวมของระดับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.21 อภิปรายได้ว่าในชุมชน ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางดี เนื่องจากการวางแผนงานของภาครัฐมีวางระบบไว้อย่างต่อเนื่อง ส่วนระบบการฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากขาดอัตรากำลังของทีมงานสุขภาพที่สามารถ

ให้การดูแลอย่างทั่วถึง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลต้องใช้เวลาและความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา (วาสนา สวัสดิ์สินธุณาท, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร, 2557 ; จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุเมธ และสุภาพร ดาวดี, 2563 ; WHO, 2016) พบว่าสภาพปัญหาและความต้องการการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ โครงสร้างและการบริหารจัดการไม่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไม่เพียงพอ ขาดการกำกับ นิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดด้านภาระงานและการประสานการส่งต่อ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าการดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อในระดับพอใช้นั้น ผู้ดูแลสุขภาพควรนำผลการดูแลนี้มาปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้ครอบคลุมบริบทด้านนี้ให้มากขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องต่อไปโดยการบูรณาการการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและวางแผนการดูแลระยะยาว

1.2 จากผลการวิจัยที่พบการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกันในระดับพอใช้นั้น ผู้ดูแลสุขภาพควรนำผลการดูแลนี้มาปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้มีการส่งต่อหรือระบบการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการดูแลให้มีการเชื่อมโยงกันให้มากขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องต่อไป

2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากวิจัยเชิงสำรวจนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ มีการเชื่อมประสานข้ามพื้นที่หรือภาคส่วนต่างๆมาร่วมดูแลนั้นยังมีค่าคะแนนน้อยดังนั้นจึงควรศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องให้มีการเชื่อมประสานงานให้มากขึ้นให้ได้ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยสร้างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 จากข้อมูลพื้นฐานที่ได้ในภาพรวมที่ยังมีค่าคะแนนน้อย ควรนำมาศึกษาปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ให้ลงสู่รากหญ้าทุกพื้นที่เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกต่อไป

2.3 การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในสังคมเมือง การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในสังคมชนบทว่ามี การดูแลต่อเนื่องอย่างไรตามกรอบแนวคิดของ WHO

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 1-8.
- จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำแพรว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Modality of care for the older adults in community). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุเมธ และสุภาพร ดาวดี. (2563). ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน: ในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทย. *Journal of Health and Health Management*, 6 (1), 10-18.

- ธวัชชัย วรพงศธร และสุริย์พันธุ์วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Retrieve on January 20, 2019. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564, จาก http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health//2561HEALTH41_/2HEALTH_Vol41No2_02pdf .
- หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2560). คู่มือการดูแลต่อเนื่องระดับปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564, จาก <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/uploads/72078288e1c6024d072d1fa07f76b859.pdf>
- หน่วยการพยาบาลต่อเนื่องโรงพยาบาลศิริราช. (2559). การดูแลต่อเนื่อง. เอกสารประกอบการบรรยาย การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลศิริราช. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OPD/admin/download_files/3_61_1.pdf
- วาสนา สวัสดิ์ดินถนาท, อมรพันธุ์ธำนิรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2014). The Development of a Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Nursing. *Journal of the Ministry of Public Health*, 144-156. (In Thai).
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandeck, B., & et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res*, 13 282-298.
- Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Phoha, S., & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of Life among Elderly who are Living with Chronic Diseases, *Srichomphu District. Khon Khan Province Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-26. (In Thai)
- Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. (2017). World population ageing. World Health Organization.
- Emmett B Keeler. (2005). Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives. *Health Serv Res. Aug 2005*, 40(4), 978-996. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00397.
- Kaewyoo, R., Niamkerd, P., & Promsukhan, S. (2020). The Relationship Between Social Support, Health Care Behavior and Quality of Life Among the Older People with Chronic Illness in the Community. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, (2), 166-177. (In Thai)
- Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., & Amnatsatsue, K. (2009). Community Care Model for Older People in Thailand. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*, 22-31. (In Thai)
- World Health Organization. (2018). Continuing Care Health Service Standard ISBN 978-1-4601-3844-1(Online) Government of Alberta Created by: Alberta Health, Continuing Care.
- World Health Organization. (2016). Global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. Geneva: World Health Organization; 2016 .