

การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร DEVELOPMENT OF COMPREHENSIVE ELDERLT CARE SYSTEM AND MECHANISM ‘SALE MODEL’ CHUMPHON PROVINCE

(Received: September 28,2023 ; Revised: September 29,2023 ; Accepted: September 30,2023)

อารมณ ร่มเย็น^{1*} เพ็ญพิศ จีระภา^{2*}
Arom Romyen^{1*} Penpit Jeerapa^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร และประเมินผลการพัฒนา ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายจำนวน 408 คน ผู้ดูแล จำนวน 102 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ศักยภาพของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการผ่านเกณฑ์ 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired samples T-Test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ (S=screening, A=aging health club, L=long term care by DHS, E=end of life care) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (A1=aging health club) 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (L=long term care) 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care) หลังพัฒนาเครือข่าย มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ จาก 3.59 ± 0.50 เป็น 3.75 ± 0.62 มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.54 ± 0.57 เป็น 3.64 ± 0.66 และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.57 ± 0.58 เป็น 3.69 ± 0.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.5 ได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.48 ± 0.61 เป็น 3.85 ± 0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) หลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 ผลการประเมิน 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น ทั้ง 2 ปี อัตราผ่านเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 99.11 เป็น 99.35

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้สูงอายุ, ‘SALE Model’, จังหวัดชุมพร

Abstract

This research and development aim to study the development of comprehensive elderly care system and mechanism ‘SALE Model’ Chumphon Province. Between July- August 2023, sample group consisted of 408 networks, 102 caregivers, and 102 elderly people. Instruments research were questionnaire and elderly care record form, namely a network participation questionnaire, caregiver potential, quality of life of the elderly and passing the criteria of 10 Sub-district standards Long Term Care. Statistics used for analysis were: percentage, mean, standard deviation, paired samples T-Test and induction analysis.

Results : Development of a comprehensive elderly care system and mechanism ‘SALE Model’ Chumphon Province (S=screening, A=aging health club, L=long term care by DHS, E=end of life care) consists of 5 activities: 1) S=screening, 2) A1=aging health club, 3) A2=aging health club, 4) L=long term care, 5) E=end of life care. After network development There was a perception of health promotion for the elderly than before the operation from 3.59 ± 0.50 to 3.75 ± 0.62 . Participation in the development of the elderly care system increased more than before development from 3.54 ± 0.57 to 3.64 ± 0.66 and the quality of life

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

²โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

development of the elderly increased more than before development from 3.57 ± 0.58 to 3.69 ± 0.68 significantly statistics ($p\text{-value} < 0.001$). After the development, caregivers had a high level of potential overall, 75.5%. The support from the network increased more than before development from 3.48 ± 0.61 to 3.85 ± 0.79 with statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$). After the development, the elderly had a moderate quality of life in performing their daily activities at a moderate level of 44.1 percent. Assessment results of 10 Long Term Care sub-district standards during the fiscal year 2022-2023 passed the excellent criteria in both 2 years, the pass rate increased from 99.11% to 99.35.

Keywords: System Development, Elderly Care, 'SALE Model', Chumphon Province

บทนำ

ปีพ.ศ.2562 ประชากรโลกมากกว่าหนึ่งพันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้กำหนดนโยบายและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกันในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเพื่อปฏิรูปนโยบาย และแนวคิดเพื่อรับมือกับความท้าทายที่ต้องเผชิญ พร้อมกับพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) นำโดยประเทศไทยจึงได้จัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการสูงอายุและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation; ACAI) ในปี พ.ศ. 2561 และมีการเปิดตัวอย่างเป็นทางการในเวทีการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 35 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก รายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดระบุว่า มีประชากร 12 ล้านคนที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จากประชากรทั้งหมดราว 67% ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะ 'สังคมสูงอายุ' ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 เพราะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็น 10% ของประชากรทั้งหมด คาดว่าประชากรสูงอายุของประเทศจะเพิ่มขึ้นเป็น 28% และเข้าสู่ 'สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง' ภายในทศวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษาพยาบาลทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก และเป็น

เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)⁽¹⁾

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา คานาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย 3 ด้าน คือ 1) รูปแบบการให้บริการ 2) กระบวนการเข้าถึง และ 3) ค่าใช้จ่ายของระบบ ผลการวิจัยจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการให้บริการแบบเป็นทางการโดยรัฐและเอกชนผ่านสถานบริการ แบบไม่เป็นทางการโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการให้สิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบเงินสดและรูปแบบอื่น เช่น การดูแลที่บ้าน 2) การเข้าถึงบริการ มีระบบคัดกรองความต้องการดูแลในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และ 3) ค่าใช้จ่ายของระบบผ่านระบบภาษี ระบบประกันสังคม และการจ่ายเอง แนวทางการพัฒนาเพิ่มความรู้ รูปแบบบริการ การเข้าถึงระบบบริการ และ ค่าใช้จ่ายในระบบบริการ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาผู้ดูแลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 2) การพัฒนากลไกการช่วยเหลือทางการเงิน 3) การจัดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม 4) การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต 5) การปรับบทบาทของสถานพยาบาล 6) การเพิ่มจำนวนสถานบริการ 7) การปรับกระบวนการคัดกรองให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์ กิจวัตรประจำวัน และ 8) การพัฒนาระบบและกลไกทางการเงินให้สามารถรองรับภาระค่าใช้จ่ายในอนาคต⁽²⁾

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก

ที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการการจัดหรือลดตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ หรือเตือนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบหรือตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่กำลังเป็นปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคที่เป็นอยู่ ลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้อาศัยอยู่ในชุมชนหรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในอนาคต และลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัวต่อไป⁽³⁾ กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการฟื้นฟูความรู้ทุกปี การสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุ และการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานเป็นทีม จะส่งผลให้ผลในการดำเนินงานผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁾ การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น หน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และได้รับการกระจายอำนาจด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิงในปี ค.ศ. 2018 ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระยะเวลาเตรียมการระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับความท้าทายใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็ง ของทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ทั้งในด้าน คน สถาบัน วัฒนธรรม และภูมิปัญญา 2) การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ มีการวางแผนและจัดสรร งบประมาณอย่างชัดเจน 3) การวางแผนและพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม และการเร่งเพิ่มสัดส่วน และพัฒนา

ศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอ ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและ 4) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาวะผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยง และบูรณาการ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

สภาพปัญหาผลกระทบทางด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดชุมพร ที่ผ่านมาพบปัญหาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุยังอย่างเหมาะสม และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชนและไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขาดการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ “SALE Model” กับการจัดการเชิงพื้นที่ของจังหวัดชุมพร มี “ชุมชน” เป็นศูนย์กลางความเข้มแข็ง โมเดลการทำงาน “ระดับจังหวัด” ภายใต้ความร่วมมือร่วมมือของพื้นที่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลาง นำแนวคิด “SALE Model” และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อและครบวงจร ทั้งการคัดกรองสุขภาพสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว จนถึง การดูแลในระยะท้ายของชีวิต จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) พบว่า จังหวัดชุมพร มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.74 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 11 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ถือว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุ ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร ที่ได้เริ่มดำเนินการวงรอบที่ 1 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวงรอบที่ 2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตัวแบบดูแลผู้สูงอายุ ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างครบวงจร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 นี้ เป็นการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ‘SALE Model’ เป็นวงรอบที่ 3

ดังนั้น การดำเนินงานทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการมีส่วนร่วมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดชุมพร เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดเกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างครบวงจรมีความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนา ประกอบด้วย
1) กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้ดูแลสูงอายุ ได้แก่ ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4) การผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบล Long Term Care (LTC)

วิธีการศึกษา

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา สถานที่ศึกษาในจังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566

ขั้นตอนดำเนินการ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ มี 5 กิจกรรม ดังนี้

1. พัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) โดยเจ้าหน้าที่ทำการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ
2. การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (A1=aging health club) เน้นถึงการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในสังคม
3. พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) มีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียน ผู้นำผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (L=long term care) โดยมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การดูแลต่อเนื่องผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และระบบเครือข่ายการส่งต่อ
5. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care)

ประชากรศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดชุมพร ทั้งจังหวัดมีจำนวน 13,647 คนประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละ 2 คน รวม 14 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (70 ตำบล) จำนวน 140 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 79 คน แกนนำ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/หัวหน้าชุมชน) จำนวน 744 คน⁽⁶⁾ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีจำนวน 12,670 คน

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดชุมพร และมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดมีจำนวน 2,411 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุ ในจังหวัดชุมพร ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดมีจำนวน 2,411 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁷⁾ ดังนี้

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ด้วย

$$\text{สูตร } n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)}$$

กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ

กำหนด N = ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ทั้งจังหวัดมีจำนวน 13,647 คน, Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงจากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ⁽⁸⁾ ศึกษารูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน พบว่า ภาศิเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน (SD= 0.57) ค่าความแปรปรวน = 0.57, d = ค่าความคลาดเคลื่อนกำหนดที่ = 0.05

$$N = \frac{13,647 \times (1.96)^2 \times (0.57)}{(0.05)^2 \times (13,647-1) + (1.96)^2 \times (0.57)} = 366.53 \text{ คน}$$

หลังแทนค่าได้ขนาดตัวอย่าง 367 คน และปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% เป็นจำนวน 408 คน

5.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ กำหนด N = population size คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดมีจำนวน 2,411 คน, Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ สายทิพย์ เป็นคุณ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษา นวัตกรรมเชิงชุมชนสำหรับดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐาน พบว่า ผลสภาพ

และนวัตกรรมเชิงชุมชน สำหรับดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (M = 4.41, SD = 0.05) ค่าความแปรปรวน = 0.05, d = ค่าความคลาดเคลื่อนกำหนดที่ = 0.05

$$n = \frac{2,411 \times (1.96)^2 \times (0.05^2)}{(0.05)^2 \times (2,411-1) + (1.96)^2 \times (0.05^2)} = 70.87 \text{ คน}$$

หลังแทนค่าได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 71 คน และปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% เป็นจำนวน 102 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 408 คน โดยสุ่มแบบเจาะจง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ แกนนำ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/หัวหน้าชุมชน) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เลือกสายอำเภอ ตำบล หมู่บ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จนตามครบขนาดตัวอย่าง

2. การสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ศึกษาผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีประสบการณ์ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนตามครบขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา** คือ คู่มือกระบวนการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุ ผังวงจรของระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร 'SALE Model' จังหวัดชุมพร 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรม

ผู้สูงอายุในชุมชน 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ
4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ
5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต
ผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
มีจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย มี
ทั้งแบบให้เลือกตอบ และคำถามแบบเปิด ประยุกต์
จาก ศศินันท์ สายแวว และ วรพจน์ พรหมสัถย
พรต (2564) แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 61 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของเครือข่าย
จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์
ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค การ
รับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ เป็น
มาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่รับรู้
ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3
ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย, 1.67-3.33 = ปาน
กลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย
การพัฒนาระบบบริการ การกระตุ้นหนุนเสริม การ
มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการเติมเต็มส่วนขาด
การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล เป็น
มาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มี
ส่วนร่วม ถึง 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด การแปลผล
ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย,
1.67-3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
จำนวน 18 ข้อ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุของเครือข่าย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากการมีส่วนร่วมของ
เครือข่าย เป็นมาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก
คือ 1 = เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ถึง 5 =
เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย
แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เปลี่ยนแปลง

เล็กน้อย, 1.67-3.33 = ระดับปานกลาง, 3.34-
5.00 = ระดับดี

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล จำนวน
44 ข้อ แบบสอบถามชุดนี้ผู้วิจัยประยุกต์ตาม
แนวทางการศึกษาด้านการพัฒนาระบบการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่⁽¹⁰⁾
ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 8
ข้อ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน
จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินอาการป่วย
หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ ได้รับการ
ฝึกอบรมหรือการแนะนำการดูแลผู้สูงอายุ การ
ประสานงานกับทีมเครือข่าย การร่วมวางแผน และ
การประสานงานและดำเนินงานขอความช่วยเหลือ
ร่วมกับทีมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุและองค์กรภาคี
อื่นๆ ในพื้นที่

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ
จำนวน 29 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนจาก
เครือข่าย การดูแลด้านการบริโภคอาหาร ด้านการ
ออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด
สิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เป็น
มาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มีการ
ปฏิบัติ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย
แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย, 1.67-
3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
2 ส่วน จำนวน 38 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน
12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส
อาชีพหรืองานเดิม การศึกษา แหล่งที่มาของรายได้
ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย สิทธิในการ
รักษาพยาบาล ประเภทผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ร่วมใน
ครอบครัว จำนวนพื้นที่ที่เหลืใช้ได้ และจำนวน
พื้นที่หลังคู้สับ การแบ่งช่วงวัยสำหรับผู้สูงอายุ คือ
ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-
79ปี) วัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน WHOQOL⁽¹¹⁻¹²⁾ คำถามมี 5 ระดับ คือ 1=ไม่ใช่/ทำไม่ได้ ถึง 5=ความรู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด เกณฑ์ระดับความพึงพอใจคุณภาพชีวิต ดังนี้ด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26

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

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการประเมิน 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care : LTC⁽¹³⁾ คะแนนเต็ม 850 คะแนน การแปลผล คือ ระดับพื้นฐาน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50-59 คะแนน (425 - 509 คะแนน) ระดับดี ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60-69 คะแนน (510 - 594 คะแนน) ระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70-79 คะแนน (595 - 679 คะแนน) ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป (680 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามกระบวนการบริหารจัดการงานบริการระบบบริการสาธารณสุข ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง พิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามรายชื่อ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ รายข้อมีค่า CVI เท่ากับ +1 ทุกประเด็น จึงนำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด คือ ข้อมูล

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้สูงอายุ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ alpha= 0.82, ภาวะสุขภาพทางกาย alpha= 0.86, ศักยภาพผู้ดูแล alpha= 0.89 และคุณภาพชีวิต alpha= 0.92

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired samples T-Test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหา

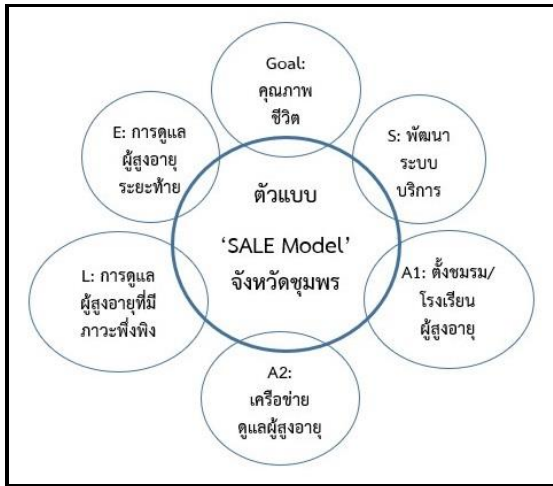
จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่โครงการ CHP-EC-038/2566 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดชุมพร เริ่มดำเนินการวงรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวงรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตัวแบบดูแลผู้สูงอายุปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นวงรอบที่ 3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร 'SALE Model' มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) 2) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (A1=aging health club) 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (L=long term care) 5) พัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care) วิธีการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผังวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร 'SALE Model'

2. เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.1 อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.4 (mean= 48.06±SD= 12.90, min= 25 : max= 71) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.2 จบปริญญาตรี ร้อยละ 45.6 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 35.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 – 29,999 บาท ร้อยละ 48.3 (mean= 19,239.83±SD= 15,145.21) ระยะเวลาเข้าร่วมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.4 (mean= 8.35±SD= 7.28) ตำแหน่งในเครือข่ายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 60.5 หลังพัฒนาการรับรู้ในการสร้าง

เสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ จาก 3.59±0.50 เป็น 3.75±0.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ จาก 3.99±0.52 เป็น 4.16±0.65 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ จาก 3.83±0.61 เป็น 3.97±0.72 และมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จาก 2.94±0.88 เป็น 3.12±1.04 ตามลำดับ

หลังพัฒนามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.54±0.57 เป็น 3.64±0.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือการขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล จาก 3.56±0.56 เป็น 3.68±0.67 รองลงมาคือการพัฒนากระบวนการบริการ จาก 3.51±0.64 เป็น 3.63±0.76 และการกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จาก 3.55±0.67 เป็น 3.63±0.76 ตามลำดับ

หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.57±0.58 เป็น 3.69±0.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางกายภาพ จาก 3.67±0.65 เป็น 3.77±0.72 รองลงมาคือด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ จาก 3.59±0.59 เป็น 3.72±0.69 และเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ จาก 3.55±0.65 เป็น 3.69±0.76 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้การมีส่วนร่วมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n= 408)

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.99±0.52	4.16±0.65	14.825	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	2.94±0.88	3.12±1.04	8.903	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	3.83±0.61	3.97±0.72	10.980	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.59±0.50	3.75±0.62	14.412	<0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้การมีส่วนร่วมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ				
การพัฒนาระบบบริการ	3.51±0.64	3.63±0.76	8.443	<0.001*
การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.55±0.67	3.63±0.76	7.092	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการเติมเต็มส่วนขาด	3.53±0.68	3.61±0.76	6.140	<0.001*
การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล	3.56±0.56	3.68±0.67	8.047	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.54±0.57	3.64±0.66	9.518	<0.001*
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ	3.67±0.65	3.77±0.72	6.353	<0.001*
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	3.55±0.65	3.69±0.76	6.724	<0.001*
ด้านคุณค่าและประสบการณ์	3.46±0.67	3.56±0.75	6.244	<0.001*
ด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ	3.59±0.59	3.72±0.69	7.173	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.57±0.58	3.69±0.68	8.137	<0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, โดยใช้ Paired Samples Test

3. ผู้ดูแลสูงอายุ ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 75.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 อายุ 41-59 ปี ร้อยละ 63.7 (mean= 53.92±SD= 13.95, min= 25 : max= 86) จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.1 มีอาชีพ ร้อยละ 89.2 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.8 รายได้ต่อเดือน 5,000 - 29,999 บาท ร้อยละ 88.2 (mean= 11,706.48±SD= 9,509.71) ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน ร้อยละ (mean= 4.31±SD= 6.50) 62.7 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (mean= 6.62±SD=

5.04) ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.6 ตามลำดับ หลังพัฒนา มีการได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.48±0.61 เป็น 3.85±0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จาก 3.67±0.73 เป็น 4.20±0.96 รองลงมาคือการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จาก 3.68±0.65 เป็น 4.16±0.86 และการดูแลด้านการบริโภคอาหาร จาก 3.68±0.67 เป็น 4.07±0.84 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ศักยภาพด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=102)

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	3.40±0.72	3.69±0.93	7.121	<0.001*
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร	3.68±0.67	4.07±0.84	7.622	<0.001*
ดูแลด้านการออกกำลังกาย	3.35±0.77	3.60±0.97	6.077	<0.001*
ดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด	3.08±0.72	3.29±0.88	5.489	<0.001*
การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.68±0.65	4.16±0.86	10.074	<0.001*
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	3.67±0.73	4.20±0.96	9.299	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.48±0.61	3.85±0.79	12.048	<0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, โดยใช้ Paired Samples Test

4. ผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.7 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 45.1 (mean±SD: 73.58±9.96, Min 60: Max 95) สถานภาพคู่ ร้อยละ 51.0 มีอาชีพทักษะเฉพาะ ร้อยละ 55.9 จบประถมศึกษา ร้อยละ 77.5 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 55.9 มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.4 อยู่ร่วมกับบุตร หลาน ร้อยละ 57.8 มีพื้นที่ที่ใช้

เคี้ยวได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.9 และมีพื้นที่หลังใช้งานที่เหมาะสมน้อยกว่า 4 คู่สับ ร้อยละ 44.1

หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 มากที่สุดคือด้านสุขภาพกาย (Physical) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.7 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 และด้านสังคม (Social) ระดับดี ร้อยละ 52.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน (n=102)

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต/ จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	13 (12.7)	24 (23.5)	65 (63.7)
ด้านจิตใจ (Mental)	25 (24.5)	34 (33.3)	43 (42.2)
ด้านสังคม (Social)	16 (15.7)	33 (32.4)	53 (52.0)
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	35 (34.3)	55 (53.9)	12 (11.8)
รวมทุกด้าน	20 (19.6)	45 (44.1)	37 (36.3)

การประเมิน 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care จำนวน 10 มาตรฐาน⁽¹³⁾ พบว่า ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น ทั้ง 2 ปี โดยในปี พ.ศ.2566 มีอัตราผ่านเกณฑ์เพิ่มมากกว่าปี พ.ศ.2565 จากร้อยละ 99.11 เป็น 99.35 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์ 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care จังหวัดชุมพร ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566

มาตรฐาน	คะแนนเต็ม	ปี 2565	ปี 2566
		ผลงาน	ผลงาน
1. การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	100	ผ่าน 74 แห่ง 94.87 %	ผ่าน 74 แห่ง 94.87 %
2. ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	100	ผ่าน 70 ตำบล 100 %	ผ่าน 70 ตำบล 100 %
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	ผ่าน 70 ตำบล 100 %	ผ่าน 70 ตำบล 100 %
4. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการและผู้ดูแล	100	ผ่าน 111 แห่ง 100 %	ผ่าน 111 แห่ง 100 %
5. การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของ อปท.	50	ผ่าน 78 แห่ง 100 %	ผ่าน 78 แห่ง 100 %
6. การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน	70	ผ่าน 111 แห่ง 100 %	ผ่าน 111 แห่ง 100 %
7. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	30	ผ่าน 78 แห่ง 100 %	ผ่าน 78 แห่ง 100 %
8. บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล	100	ผ่าน 70 ตำบล 100 %	ผ่าน 70 ตำบล 100 %
9. วัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ	100	ผ่าน 238 วัด 97.54 %	ผ่าน 243 วัด 99.59 %
10. ผลลัพธ์การดำเนินงาน	100	ผ่าน 100%	ผ่าน 100%
รวม	850	842.41	844.46
ร้อยละ		99.11	99.35

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นวงจรรอบที่ 3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ (S=screening, A=aging health club, L=long term care by DHS, E=end of life care) มีกระบวนการ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (A1=aging health club) 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (L=long term care) 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care) ทั้งนี้เนื่องจาก ความเป็นผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยมากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลและรักษา โดยจังหวัดชุมพรได้ประยุกต์วิธีการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁴⁾ จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ พบว่า ทูทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ต้นทุนด้านครอบครัวมีทั้งผู้ดูแลหลักตามบริบทครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้าน การวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร 3) ชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากรในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ 5) ผู้นำชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ อบรม อสม. ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน⁽¹⁵⁾

2. การพัฒนาเครือข่าย หลังพัฒนามีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา วิชา และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษา รูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง พบว่ารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติ ผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี 4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก หน้าที่ของผู้ดูแลคือทำให้ผู้สูงอายุ เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง⁽¹⁷⁾ ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 เป็นผู้ที่มีการประกอบการณ์สูง อีกทั้งด้านการแพทย์และยารักษาโรคเจริญและพัฒนา ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีอายุยืนยาว

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมระดับปานกลาง ผลการประเมินมาตรฐานตำบล Long Term Care พบว่าระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น ทุกมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ ระยะ 3 ปี มีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม จึงผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทุกมาตรฐาน ส่งผลให้

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วย 1) การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี 2) การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม โดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด 3) การมีความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช⁽¹⁸⁾ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ 2) ทบทวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3) กำหนดนโยบายจ้างงานผู้สูงอายุและการขยายอายุเกษียณ 4) พัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม 5) เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ 6) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว 7) การจัดบริการรถรับส่ง และในขณะเดียวกันกำลังมีการดำเนินโครงการเพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวบางพื้นที่ของประเทศไทยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการควบคู่ไปกับการศึกษาจากประสบการณ์การดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ ครึ่งนี้ ควรส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ชุมชน เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างต่อเนื่องทุกปี

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. 2023. [Cited June 2, 2023]. Form <https://www.who.int/thailand>
2. กุสวดี เมื่อนันทน์, ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, ศนิดา หิรัญรัมย์, ดวงรัตน์ โพธิ์. ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. JHCR 2023; 17(1): 149-162.
3. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. จาก <https://doc.anamai.moph.go.th>
4. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมุน พงษ์พิทยโณ. การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 383-392.
5. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิธิรัตน์, ประกาย เพชรบุญ, กฤษณกมล รักญาติสกุล. The Management of Elderly Care System in Community: The Challenging Roles of Local Administrative Organization. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020; 14(3): 10-21.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. “SALE Model” ต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ กับการจัดการเชิงพื้นที่ของ จ.ชุมพร มี “ชุมชน” เป็นศูนย์กลางความเข้มแข็ง. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2566]. จาก <https://www.thecoverage.info>
7. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
8. ศิราณี ศรีหามาต, ธารา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 165-178.
9. สายทิพย์ เป็นคุณ, พระมหาวิโรจน์ คุตตวิโร, สัจด์ เขียนจันทิก, พระเมธาวิณัยรส, สายัณห์ อินนันใจ. นวัตกรรมเชิงชุมชน สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐานในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7(9): 374-384.
10. ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 197-197.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
12. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University, 2014. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. จาก <https://www.hitap.net>
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์, 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. จาก <http://healthkpi.moph.go.th>
14. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University, 1988.
15. รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-113.
16. สุมิตรา วิชา, ณัฏพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภักทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธณกฤษ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้อยท่า อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
17. จินตนา อาจสันเทียะ, รัชณีย์ ป้อมทอง. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 39-46.
18. กิตติพร เนาวิสุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ 2562; 11(2): 118-132.
19. Feng Z, Glinskaya E, Chen H, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. The Lancet. 2020; 396(10259): 1362-1372.