

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

Development of integrated health care model for Long-Term Care elderly people in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province.

(Received: December 20,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

นฤมล ปิ่นพรม¹ ราตรี หะนุรัตน์¹ รอฮานา โต๊ะแฉะ¹
Narumon Pinprom¹ Ratree Hanurat¹ Rohana Tohchae¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 104 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในชีวิตประจำวัน (ADL) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q) และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 104 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.77 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี ร้อยละ 45.19 สถานภาพ ส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 49.04 ประถมศึกษา ร้อยละ 54.81ว่างงาน ร้อยละ 91.35 ผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร ร้อยละ 80.77 โรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 68.27 อ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร้อยละ 34.62 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุ 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่าน กลุ่ม line ในภาคเครือข่าย 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนทันที 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 10) จัดทำกลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแล 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้นสอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ, การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This study is research and development. Aim to study the problem context, develop and use health model for elderly long-term care. Data were collected between January and December 2023. The qualitative sample was 22 health network partners. The quantitative sample used 104 dependent elderly people. The tools include in-depth interviews in group discussions, general data collection forms, assessment of daily living abilities (ADL), depression screening forms (2Q, 9Q), and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, using statistics, numbers, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

The results of the study found that group of 104 elderly people, mostly female (55.77%), mostly aged 65-70 years (45.19%), mostly married and living together (49.04%), primary school (54.81%), unemployed (91.35%), most of the caregivers are children (80.77%), have cerebrovascular disease (68.27%), and are weak and cannot help themselves (34.62%). The development of the model consists of 1) Developing a screening model for the elderly, 2) Developing a case manager (CM) system, 3) Recording home visits and sending them to the CM every month, 4) Integrating data transmission via LINE groups in the network, 5) Instructing the CM to assess home visits, 6) Promoting home visits with a multidisciplinary team to visit every patient, 7) In the case of elderly dependents with urgent problems, urgent coordination will be made immediately, 8) Developing criteria for applying for CG training to enable them to perform

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

their duties, 9) Developing a CG training system. According to the curriculum 10) Form groups with caregivers to inform the day and time according to the care plan. 11) CG visits according to the care plan, teaches and demonstrates the prevention of complications from pressure sores. The results of using the model found that the ability to perform daily life increased, satisfaction increased after the development with statistical significance $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$, respectively.

Keywords: Elderly, Integrated Care, Nursing for Dependent Elderly

บทนำ

ประชากรโลกมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลกทั้งหมด¹ ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2537-2557 เพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน เป็น 10 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์² และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ร้อยละ 32.1 ในปี 2583 จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน และร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียงต้องการความช่วยเหลือโดยประมาณ 1.3 ล้านคน³ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้รัฐมีหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน สนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น⁴

จังหวัดนราธิวาส มีประชากรผู้สูงอายุ 3 ปีซ้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 74,480 , 76,353 และ 79,981 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 11.46 , 11.74 และ 12.27 ตามลำดับ และผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการประเมินศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตร ADL ในผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจำนวน 71,438 คิดเป็นร้อยละ 89.32 โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม จำนวน 69,850 คน ร้อยละ 97.77 กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน จำนวน 1,263 คน ร้อยละ 1.76 และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง จำนวน 325 คนคิดเป็นร้อยละ 0.45 กลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ

โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ⁵

อำเภอสุไหงปาตี จังหวัดนราธิวาส⁵ ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 5,765 คน คิดเป็นร้อยละ 12.69 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 2,604 คนคิดเป็น ร้อยละ 45.16 เป็นเพศหญิง จำนวน 3,161 คน คิดเป็นร้อยละ 54.83 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 5,661 คน คิดเป็นร้อยละ 98.19 สูงอายุติดบ้านจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 1.14 สูงอายุติดเตียงจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 0.65 และมีผู้สูงอายุเสี่ยงต่อหกล้ม จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.69 เสี่ยงสมองเสื่อม 25 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 17 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) มีผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ ” (Care Manage : CM) จำนวน 8 คน คิดเป็นอัตรา 1:1 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver ; CG) จำนวน 30 คน คิดเป็นอัตรา 1:3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำกรวางแผนการดูแลล่วงหน้า Care Plan ร้อยละ 100

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาตี จังหวัดนราธิวาส เนื่องจากปัญหาสุขภาพของสุขภาพของผู้สูงอายุ และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดการบริการเยี่ยมบ้าน และการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้รูปแบบการบูรณาการ เพื่อการพัฒนาแบบให้เหมาะสมให้ดียิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของอำเภอสุไหงปาตีต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา
- 3) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอ สุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และ เชิง ปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือนระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีปัญหาติดบ้านติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิง
- 2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีปัญหาติดบ้านติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร ผลการคำนวณได้ 86 คน จึงเลือกใช้ประชากรทั้งหมด เพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากมีโอกาสดูแลชีวิตขณะศึกษาจึงใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ ผู้นำในชุมชน อสม. อบต. และผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ สภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น นโยบาย เป้าหมายของการดูแลการให้บริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความ

รับผิดชอบในชุมชน ปัญหาในการบริการสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

- 2) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

- 3) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ตามดัชนีของบาร์เธล จำนวน 10 ข้อ

- 4) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้พัฒนาขึ้น จำนวน 2 คำถาม การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มีทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ไม่มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

- 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 9 ข้อ 27 คะแนน โดยประเมินระดับอาการ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน ไม่มีเลย 1 คะแนน เป็นบางวัน 2 คะแนน เป็นบ่อย 3 คะแนน เป็นทุกวัน

- 6) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ มีความถี่ในความพึงพอใจ 5 ข้อ 5 ระดับ ตั้งแต่ พึงพอใจมากที่สุด-น้อยที่สุด ประกอบด้วย ความสะดวกในการใช้ การป้องกันภาวะเสี่ยง การเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ ตรงตามวัตถุประสงค์การรักษา อธิบายการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดอัดและความเป็นจริงด้วยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องรายได้ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิง

อนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

เชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,765 คน มีปัญหาเป็นผู้ติดสังคม ร้อยละ 98.19 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.14 และ ติดเตียง ร้อยละ 0.65 มีปัญหาเสี่ยงต่อหกล้ม ร้อยละ 1.69 ปัญหาสมองเสื่อม ร้อยละ 0.43 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.29 นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver; CG) ที่ผ่านการอบรม 70 ชม. ไม่สามารถปฏิบัติงานจริงได้ในพื้นที่ได้ ทุกคนเนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver ; CG) บางคนมีงานประจำทำอยู่ และพบว่าจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver ; CG) ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงครอบคลุม เนื่องจากในบางพื้นที่ ยังไม่มี CG เข้ารับการอบรม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีงานประจำ ทำให้เวลาให้บริการผู้ป่วยไม่ตรงกัน อาจทำให้การดูแลล่าช้าจากแผนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่ชอบการนอนเบาะลม ทำให้เกิดแผลกดทับได้

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 58 คน ร้อยละ 55.77 รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน 46 คน ร้อยละ 44.23 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี จำนวน 47 คน ร้อยละ 45.19 รองลงมาช่วงอายุ 76-80 ปี จำนวน 19 คน

ร้อยละ 18.27 และ ช่วงอายุ 71-75 ปี และ 81-85 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 11.54 เท่ากัน สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 51 คน ร้อยละ 49.04 รองลงมา สถานะหม้าย จำนวน 48 คน ร้อยละ 46.15 และ โสด จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.81 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 57 คน ร้อยละ 54.81 รองลงมาไม่ได้เรียน จำนวน 42 คน ร้อยละ 40.38 และ มัธยมศึกษา จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.81 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากว่างงาน จำนวน 95 คน ร้อยละ 91.35 รองลงมาทำสวน จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.69 และค้าขายธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.96 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 97 คน ร้อยละ 93.27 รองลงมา 5,001-10,000 บาท จำนวน 7 คน ร้อยละ 6.73 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 3,500 $\pm$ 342.50 บาท) ลักษณะผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร จำนวน 84 คน ร้อยละ 80.77 รองลงมาญาติพี่น้อง จำนวน 15 คน ร้อยละ 14.42 และคู่สมรส จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.81 โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 71 คน ร้อยละ 68.27 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ร้อยละ 15.38 และ โรคเบาหวาน จำนวน 10 คน ร้อยละ 9.62 ตามลำดับ ความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนมากอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำนวน 36 คน ร้อยละ 34.62 และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จำนวน 27 คน ร้อยละ 25.96 และเคลื่อนไหวได้เล็กน้อยต้องมีคนช่วย จำนวน 15 คน ร้อยละ 14.42 ตามลำดับ ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ส่วนมากคือ การมองเห็น จำนวน 84 คน ร้อยละ 80.77 รองลงมาเดินลำบาก จำนวน 78 คน ร้อยละ 75.00 และปัญหาความอ่อนแรงของแขนขา จำนวน 76 คน ร้อยละ 73.08 ตามลำดับ การประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q plus) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 101 คน ร้อยละ 97.12 คน และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.88 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **วงรอบพัฒนาที่ 1** ประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL ให้ครอบคลุมโดย ผลการคัดกรอง ADL คะแนน < 12 คะแนน เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) โดยส่งเสริมทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และส่งข้อมูลให้กับ CG 3) ส่งเสริมให้ CG ลงไปปฏิบัติตาม care plan กำหนดให้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน 2-4 ครั้ง/เดือน และผู้ป่วยติดเตียง 4-8 ครั้ง/เดือน 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่าน กลุ่ม line ในภาคีเครือข่ายและกลุ่มผู้ดำเนินงาน 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/เดือน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 1 ครั้ง/ปี 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนภายในกลุ่ม line เพื่อให้เข้ารับการรักษาระบบทันที **วงรอบพัฒนาที่ 2** ได้เพิ่มการพัฒนา ประกอบด้วยกระบวนการ 8-11 ดังนี้ 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 70 ชม.เพิ่มและฟื้นฟู CG เดิมให้มีความรู้ความสามารถมากยิ่งขึ้น 10) จัดทำ line กลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแลเพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้น สอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ

3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

3.1 ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 42 คน ร้อยละ 40.38 รองลงมา ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 35 คน ร้อยละ 33.65 และ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 27 คน ร้อยละ 25.96 การประเมินระดับความเครียดในผู้สูงอายุ (9Q) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 85 คน ร้อยละ 81.73 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน ร้อยละ 15.38 และ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.88 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 50 คน ร้อยละ 48.08 รองลงมาภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 30 คน ร้อยละ 28.85 และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 22 คน ร้อยละ 21.15 ตามลำดับ การประเมินระดับความเครียดในผู้สูงอายุ (9Q) ส่วนมาก ไม่มีภาวะซึมเศร้า 86 คน ร้อยละ 82.69 รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 17 คน ร้อยละ 16.35 และ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.96 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน)	27	25.96	22	21.15

ตาราง 1 ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต ก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน)	42	40.38	30	28.85
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน)	35	33.65	50	48.08
ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน)	0	0.00	2	1.92
การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q)				
มีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน)	3	2.88	1	0.96
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน)	16	15.38	17	16.35
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน)	85	81.73	86	82.69

3.2) การเปรียบเทียบผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภาวะเครียด การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) และความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ผลการทดสอบระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา อยู่ใน ระดับรุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.78 คะแนน (SD 1.62 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 10.12 คะแนน (SD 6.38 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.38$) ดังแสดงใน ตาราง 2

ผลการทดสอบระดับภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัด

นครราชสีมา อยู่ในระดับเริ่มซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.12 คะแนน (SD 1.38 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอยู่ใน ระดับไม่มีภาวะ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.13 คะแนน (SD 1.41 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ยลดลงโดยไม่พบความแตกต่าง ดังแสดงในตาราง 2

ผลการทดสอบระดับคะแนนความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา อยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.18 คะแนน (SD 0.43 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอยู่ใน ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (SD 0.48 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.97$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภาวะเครียด การประเมินระดับความเครียดในผู้สูงอายุ (9Q) และความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส (n=104)

รายการ	ระดับ	Mean	S.D.	t	p-value
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน					
ก่อนพัฒนาแบบฯ	รุนแรง	7.78	1.62	6.38	<.001*
หลังพัฒนาแบบฯ	ปานกลาง	10.12	1.74		
ระดับภาวะซึมเศร้า					
ก่อนพัฒนาแบบฯ	เริ่มซึมเศร้า	6.12	1.38	-0.62	0.121
หลังพัฒนาแบบฯ	ไม่มีภาวะ	3.13	1.41		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนาแบบฯ	ปานกลาง	3.18	0.43	8.97	<.001*
หลังพัฒนาแบบฯ	มาก	4.23	0.48		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุในอำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ส่วนมากมีปัญหาเป็นผู้ติดสังคม ติดบ้าน และ ติดเตียง พบปัญหาเสี่ยงต่อหกล้ม ปัญหาสมองเสื่อม เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ระดับประถมศึกษาว่างงาน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากต่ำกว่า 5,000 บาท ลักษณะผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนมากอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปัญหาส่วนมากคือการมองเห็น พบปัญหาขาดผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถปฏิบัติงานจริงได้ในพื้นที่ได้ทุกคนเนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางคนมีงานประจำทำอยู่ และพบว่าจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงครอบคลุม เนื่องจากในบางพื้นที่ ยังไม่มี CG เข้ารับการอบรม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีงานประจำ ทำให้เวลาเข้าบริการผู้ป่วยไม่ตรงกัน อาจทำให้การดูแลล่าช้าจากแผนการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่ชอบการนอนเบาะลม ทำให้เกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับ ปฏิภาณิ ชันธโศก และคณะ⁶

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 11 กระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL ให้ครอบคลุมโดย ผลการคัดกรอง ADL คะแนน < 12 คะแนน เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) โดยส่งเสริมทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และส่งข้อมูลให้กับ CG 3) ส่งเสริมให้ CG ลงไปปฏิบัติตาม care plan กำหนดให้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน 2-4 ครั้ง/เดือน และผู้ป่วยติดเตียง 4-8 ครั้ง/เดือน 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่าน กลุ่ม line ในภาคีเครือข่ายและกลุ่มผู้ดำเนินงาน 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/เดือน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 1 ครั้ง/ปี 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนภายในกลุ่ม line เพื่อให้เข้ารับการรักษาระบบทันที 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 70 ชม.เพิ่มและฟื้นฟู CG เดิมให้มีความรู้การทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 10) จัดทำ line กลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแลเพื่อความ

สะดวกของผู้ป่วยและญาติ 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้น สอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ สอดคล้องกับสุวมน โพนสาลี⁷

ผลการใช้รูปแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ส่งผลให้ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ความพึงพอใจดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการส่งเสริมพัฒนาทักษะผู้ดูแล การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า พัฒนาผู้จัดการรายกรณี การบูรณาการงานต่างๆร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ การใช้ระบบไลน์กลุ่มการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กำนัน อสม.ในพื้นที่ ส่งผลให้งานประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับธีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG CM การวางแผนการดูแล เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในปัญหาสุขภาพต่างๆ ทั้งกายและใจ รวมไปถึงความพึงพอใจในการมารับบริการ

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาล ภาศิเครือข่ายชุมชน บุคลากร เพื่อการรับมือสังคมผู้สูงอายุ และเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในระยะยาวแบบบูรณาการงานร่วมกันอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. รายงานสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย, กรมกิจการผู้สูงอายุ.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 8สิงหาคม 2566. จาก <http://www.nso.go.th>.
3. เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564 ; 17(1), 15-29.
4. บุษา พวงบุปผา และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. รายงานการประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software care plan. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2564.
5. โรงพยาบาลสุโขทัย. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2566.
6. ปฎิภาณี ชันธโชค และคณะ. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับการรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลรางจะเข้ อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565; 9(2): 220-234.
7. สุวมน โพนสาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(2), 621-630.
8. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4), 665-671.