รูปแบบการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

A model for developing integrated elderly clinic services in Ubolratana District, Khon Kaen Province.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 27,2026 ; Accepted: April 29,2026)

อภิสรา ธำรงวรางกูร[1] พวงเพชร จันทร์บุตร[1]
Aphitara Thamrongwaranggoon[1] Puangpetch Juntabood[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนา การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และบริบทในพื้นที่ 2) การพัฒนารูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้คลินิกสูงอายุเคลื่อนที่เชิงรุกและระบบ Telemedicine และ 3) การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรและเครือข่ายจำนวน 153 คน และกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา บูรณาการร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุก การประเมินซ้ำ คลินิกเคลื่อนที่และการรักษา การสื่อสารทางไกล (Telemedicine) และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่า อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.61 เป็น 82.00 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.40 เป็น 93.10 อัตราการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.80 เป็น 21.00 และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.42) เป็นระดับมากที่สุด (4.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตาม พบอุปสรรคสำคัญในการส่งต่อรักษาคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแล (No Caregiver) และมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีในการใช้ระบบ Telemedicine ด้วยตนเอง

คำสำคัญ คลินิกผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, คลินิกสูงอายุเคลื่อนที่ในชุมชน

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) study utilizing a Participatory Action Research (PAR) approach. It aims to develop an integrated geriatric care clinic service model and evaluate its outcomes in terms of screening rates, service accessibility, and satisfaction. The implementation was divided into 3 phases: 1) studying the local situation and context; 2) developing the model collaboratively with network partners by utilizing a proactive mobile geriatric clinic and a Telemedicine system; and 3) evaluating the operational outcomes. The sample consisted of 153 personnel and network members, along with the elderly population in Ubolratana District. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics integrated with qualitative content analysis.

The results revealed that the developed service model consists of 5 key components: proactive screening, reassessment, mobile clinic and treatment, Telemedicine, and referral for continuous care. When comparing the outcomes before and after the model implementation, it was found that the health risk screening rate increased from 56.61% to 82.00%. The service access rate for at-risk elderly individuals increased from 15.40% to 93.10%. The specialist referral rate increased from 4.80% to 21.00%. Furthermore, the satisfaction level toward the service model increased from a moderate level (3.42) to the highest level (4.68) with statistical significance ($p < 0.01$). However, significant barriers to treatment referrals were identified; namely, the majority of the elderly lacked caregivers (No Caregiver) and faced technological limitations in using the Telemedicine system independently.

Keywords Integrated Geriatric Clinic Model, Community Participation, Mobile Geriatric Clinic in the Community

[1] โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566[1] โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อภาระพึ่งพิงและงบประมาณด้านสาธารณสุข[2] เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) เช่น ภาวะสมองเสื่อม การพลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลอย่างเป็นระบบ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพและเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในระยะยาว จากการศึกษาสถานการณ์ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น[3] ปัจจุบันอำเภออุบลรัตน์มีผู้สูงอายุจำนวน 7,808 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ของประชากรทั้งหมด โดยร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุในพื้นที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงมาก (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) บริบทของพื้นที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ วัยแรงงานอพยพเข้าเมือง ครอบครัวขนาดเล็ก และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในสัดส่วนสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากดูแลกันเอง

โรงพยาบาลอุบลรัตน์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งถือว่ามีข้อจำกัดอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าโรงพยาบาลได้พยายามพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการบูรณาการการดูแลร่วมกับกองทุนผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC)[4] แต่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในสัดส่วนที่น้อยมาก เนื่องจากบริการที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนชนบท ขาดความครอบคลุมและความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านและดูแลกันเองตามบริบทที่มี อาการที่พบจึงมักถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้นตามวัย ทั้งที่ความเป็นจริงภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะพลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และปัญหาการมองเห็น ล้วนเป็นภาวะที่สามารถตรวจพบและจัดการได้ตั้งแต่ระยะเนิ่นๆ หากมีระบบคัดกรองที่เหมาะสมและครอบคลุม[5] นอกจากนี้ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แม้จะมีการดำเนินการอยู่ แต่ยังขาดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงไม่ได้รับการส่งต่อสู่ระบบบริการอย่างทันท่วงที [6]

จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าโมเดลการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ สามารถลดภาระของผู้ดูแลและป้องกันการเพิ่มขึ้นของความต้องการการดูแลระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ[7] การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของรูปแบบดังกล่าว เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และระดับประเทศต่อไป สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการในช่วง 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 ธันวาคม 2568 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์ (ดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผู้วิจัยทำการศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จากข้อมูลเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ข้อมูลในระบบ HIS ของโรงพยาบาลและรพสต.ในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ และข้อมูลจากระบบ health data center ของสสจ.ขอนแก่น ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2567 โดยนำข้อมูลจากการประเมินผลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน 4 ความเสี่ยงด้านสุขภาพสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะด้านการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า และภาวะพลัดตกหกล้ม รวมถึงศึกษาสภาพแวดล้อมและอัตราส่วนพึ่งพิงในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบ โดยครอบคลุมกิจกรรมดังนี้

1.ทบทวนข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

ได้ทำการทบทวนข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านโดยอสม. และข้อมูลจากระบบ HISและ HDC data center พบข้อมูล ใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องทางการมองเห็น และความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม เป็น 4 อันดับแรกที่พบผู้ป่วยภาวะเสี่ยงมากที่สุด พร้อมทั้งสำรวจอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และบริบทการดูแลในพื้นที่ 6 ตำบล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและออกแบบรูปแบบบริการ

2. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คณะผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากระบบบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกสูงอายุ (5-point Likert Scale) และแบบบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

3. การคืนข้อมูลสู่ชุมชนและภาคีเครือข่าย

นำข้อมูลที่ได้คืนข้อมูลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และชุมชนเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนรับรู้สถานการณ์จริงและร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ การใช้รูปแบบจริงในชุมชน
(ดำเนินการ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568)

ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายผ่าน 4 กิจกรรมหลัก ในช่วงปีงบประมาณ 2568และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ 6 ตำบลของอำเภออุบลรัตน์ มีกิจกรรมได้แก่

1.การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับทีมสหวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการส่งต่อตามระดับศักยภาพ รวมถึงการทบทวนและฝึกปฏิบัติทักษะการคัดกรองภาวะเสี่ยง 4 ด้านด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทดสอบความสม่ำเสมอระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ก่อนออกปฏิบัติงานจริง

2. การเสริมสมรรถนะทีมชุมชน

จัดประชุมฟื้นฟูและทบทวนแนวทางการคัดกรอง การส่งเสริม และการป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุให้กับทีมชุมชน ได้แก่ อสม. นักบริบาลชุมชน (CG) และผู้ดูแลผู้ป่วย (Family Caregiver) จำนวน 121 คน ซึ่งกลุ่มนี้ถือเป็นด่านหน้าที่จะต้องคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ระบบบริการเพื่อให้

สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยง สังเกตอาการ และส่งต่อได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

3. การออกแบบรูปแบบบริการร่วม (Co-Design)

ดำเนินการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อปท. แกนนำ อสม. และนักบริบาลชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน โดยนำผลการประเมินภาวะสุขภาพที่คืนจากระยะที่ 1 มาเป็นฐานข้อมูลในการออกแบบร่วมกัน เกิดรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.คลินิกสูงอายุเคลื่อนที่เชิงรุก (Proactive Mobile Geriatric Clinic) กำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ออกให้บริการ ณ รพ.สต. ทุกแห่งในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน โดยให้บริการตรวจคัดกรองอย่างละเอียด การให้คำแนะนำ การรักษา และการประเมินเพื่อส่งต่อหรือติดตามต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากที่สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดำเนินการเบื้องต้น

2.ระบบ Telemedicine เพื่อการติดตามต่อเนื่อง ใช้ในกรณีผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องติดตามต่อเนื่องแต่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ โดยบูรณาการผ่านช่องทาง Line Application โดยมีผู้ดูแล นักบริบาลชุมชน และอสม.เป็นผู้เชื่อมต่อบริการแทนผู้สูงอายุ

3.การนำรูปแบบไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการจริงใน 6 ตำบลของอำเภออุบลรัตน์ ครอบคลุม รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง โดยติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PAR เพื่อให้รูปแบบบริการสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน (ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 30 ธันวาคม 2568)

ดำเนินการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการใน 5 ตัวชี้วัดหลัก โดยแบ่งการเก็บข้อมูลตามประเภทตัวชี้วัด ดังนี้

1. ตัวชี้วัดเชิงระบบบริการ รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังนี้

1.1 อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง 4 ด้าน คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองหารด้วยจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ควรได้รับการคัดกรอง คูณ 100 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 รายงานแยกตาม รพ.สต. แต่ละแห่ง

1.2 อัตราการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบคลินิก คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อหารด้วยจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่ตรวจพบ คูณ 100 รายงานแยกตามประเภทภาวะเสี่ยงทั้ง 4 ด้าน

1.3 อัตราการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์และได้รับการบรรจุเข้าสู่ระบบ LTC หารด้วยจำนวนที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด คูณ 100

2. ตัวชี้วัดเชิงความพึงพอใจ

เก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรและเครือข่าย จำนวน153 คน และจากกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 200 คนโดยเก็บข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบ (ช่วงก่อนการอบรมฟื้นฟูให้กับทีมชุมชน) และหลังการใช้รูปแบบในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการและความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการจัดบริการ เก็บด้วยแบบสอบถาม 5-point Likert Scale แปลผลตามเกณฑ์มาตรฐาน (4.51–5.00 = มากที่สุด ถึง 1.00–1.50 = น้อยที่สุด)

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 60–90 นาที และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก 10–15 คน ใช้เวลาครั้งละ 30–60 นาที วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles, Huberman & Saldaña (2014) ผ่านกระบวนการ

กำหนดรหัสแบบอุปนัย (Inductive Coding) การจัดกลุ่มหมวดหมู่ และการสร้างประเด็นหลัก (Themes) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล วิธีการ และผู้วิจัย (Investigator Triangulation)

พื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ครอบคลุม 6 ตำบล โดยมีโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 8 แห่งที่ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการจัดรูปแบบบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่จริงในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 7,808 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการ PAR ทุกระยะในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบประชากรทั้งหมด เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนจำกัดและสามารถเข้าถึงได้ครบทุกราย จึงไม่มีความจำเป็นต้องคำนวณขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 153 คน ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มผู้ออกแบบและบริหารจัดการระบบบริการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 10 คน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการออกแบบและนำรูปแบบบริการไปใช้ ร่วมกับ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ จำนวน 2 คน ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลและวางแนวทางด้านนโยบายพยาบาลและบุคลากรฝ่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 12 คน รับผิดชอบการประสานงานและดำเนินงานในคลินิก และ บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 8 แห่ง จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการคัดกรองและติดตามผลการดูแลในระดับพื้นที่

1.2 กลุ่มปฏิบัติการและดูแลในชุมชน ประกอบด้วยเครือข่ายภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 71 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ทำหน้าที่ค้นหาและส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบ ร่วมกับ นักบริบาลชุมชน (Caregiver) จำนวน 20 คน ที่ดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยของกองทุนการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 30 คน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รูปแบบการจัดบริการครอบคลุมตั้งแต่สถานบริการจนถึงบ้านของผู้รับบริการ

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่จริงในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้วัดผลลัพธ์เชิงระบบบริการของรูปแบบ PAR ที่ผ่านการพัฒนาร่วมกัน ครอบคลุมผู้สูงอายุอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ และเข้ารับบริการคัดกรองสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หรือคลินิกเคลื่อนที่ ณ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 โดยรวบรวมจากระบบฐานข้อมูลบริการ ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกรายที่ผ่านกระบวนการบริการ จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

3.ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Informants) เพื่อให้ได้ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคของการดำเนินงาน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1กลุ่มสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วยตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข อสม. และนักบริบาลชุมชน กลุ่มละ 8–

10 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวม 16–20 คน โดยจัดแยกกลุ่มตามประเภทผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระในการแสดงความเห็น และดำเนินการจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

3.2 กลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วยตัวแทนผู้บริหาร แพทย์ ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในระบบ LTC จำนวน 10–15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลจากระบบบริการ (Service Record Form) ใช้รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดเชิงระบบ 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง 4 ด้าน อัตราการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบคลินิก และอัตราการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) โดยรวบรวมจาก 3 แหล่งข้อมูลหลัก ได้แก่ แบบบันทึกการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาวะเสี่ยง (ของโรงพยาบาลอุบลรัตน์และ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง) แบบติดตามผลการส่งต่อ และฐานข้อมูล LTC ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ครอบคลุมปีงบประมาณ พ.ศ. 2567–2568

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรเครือข่ายต่อรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert Scale) ตั้งแต่ "น้อยที่สุด" (1 คะแนน) ถึง "มากที่สุด" (5 คะแนน) ผู้เข้าร่วมกรอกด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaire) ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ใช้กับผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 60–90 นาที ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ครอบคลุมประเด็นกระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยมีผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) และผู้ช่วยวิจัย 1 คนทำหน้าที่บันทึกและสังเกตการณ์

2.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้กับผู้ให้ข้อมูลหลัก 10–15 คน ใช้เวลาครั้งละ 30–60 นาที ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ครอบคลุมประเด็นเชิงนโยบาย กลไกการขับเคลื่อน และปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของรูปแบบบริการ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และนักวิจัยด้านสาธารณสุข คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) กำหนดเกณฑ์ค่า IOC ≥ 0.67 ถือว่าผ่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน คำนวณด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่า ≥ 0.70 ถือว่าผ่าน ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล (Source Triangulation) และด้านวิธีการ (Method Triangulation) พร้อมทั้งทดสอบความสม่ำเสมอระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปบูรณาการกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Integration) เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการในภาพรวม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นอาสาสมัครและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือสิทธิประโยชน์ใด ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบไม่เปิดเผยชื่อ ใช้รหัสแทนข้อมูลส่วนบุคคล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อป้องกันการระบุตัวตน นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบคุณลักษณะที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,467 ราย (ร้อยละ 62.4) และเพศชาย จำนวน 2,089 ราย (ร้อยละ 37.6) โดยมีอายุเฉลี่ย (Mean) อยู่ที่ 72.4 ปี (S.D. = 8.9) และมีช่วงอายุที่กว้างตั้งแต่ 60 ปี จนถึงสูงสุด 104 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด ถึง 4,217 ราย (ร้อยละ 54.01) รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 2,583 ราย (ร้อยละ 33.08) และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.87) ในด้านสถานะสุขภาพ พบข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง สูงถึง 6,574 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในด้านภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ยังคงเป็นกลุ่มติดสังคมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในขณะที่ร้อยละ 25 เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลสนับสนุน ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นประเด็นความเสี่ยงทางสังคม โดยพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 2,498 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 32.2 พบว่าไม่มีผู้ดูแล

รูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ได้รูปแบบที่สำคัญสามารถดำเนินการและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้ตามตารางสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบหลัก	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบหลัก
1. การคัดกรองเชิงรุก (Proactive Screening)	คัดกรองภาวะเสี่ยง 9 ด้านในชุมชน โดยเน้น 4 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ (สมองเสื่อม, การมองเห็น, ซึมเศร้า, หกล้ม)	อสม., นักบริบาลชุมชน, และผู้ดูแล (Caregiver)
2. การประเมินซ้ำและเตรียมเคส (Re-assessment)	นัดหมายผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมาประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือเฉพาะทาง ณ รพ.สต. เพื่อยืนยันความผิดปกติก่อนพบแพทย์	เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพปฐมภูมิ
3. คลินิกเคลื่อนที่และการรักษา (Mobile Clinic & Treatment)	จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ทุกวันอังคารบ่าย โดยหมุนเวียนไปตาม รพ.สต. ทั้ง 6 ตำบล (ตำบลละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ของรพ.และรพสต.
4. การสื่อสารทางไกล (Telemedicine)	ใช้ระบบ Telemedicine เพื่อปรึกษาแพทย์ในรายใหม่หรือติดตามอาการในรายเก่าที่ไม่สะดวกเดินทางมายังหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาล	แพทย์, พยาบาล, และเจ้าหน้าที่ไอที

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบหลัก	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบหลัก
5. การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง (Referral & LTC)	ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และนำผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ Long-Term Care	แพทย์เฉพาะทาง, Care Manager (CM), และทีมหมอครอบครัว

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนา

จากรูปแบบดังกล่าวเมื่อนำมาใช้จริงในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ทั้ง 6 ตำบล 71 หมู่บ้าน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับปีงบประมาณก่อนหน้าการใช้รูปแบบของการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอ พบว่าอัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุโดยทีมชุมชน อัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อัตราการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางในผู้สูงอายุที่ต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม และ ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางสรุปผลลัพธ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบคลินิกการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)	ก่อนใช้รูปแบบ (ปี 2567)	หลังใช้รูปแบบ (ปี 2568)	p-value
อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	56.61%	82.00%	< 0.001*
อัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง	15.40%	93.10%	< 0.001*
อัตราการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางในผู้สูงอายุที่ต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม	4.80%	21.00%	< 0.01*
ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ	3.42 (ปานกลาง)	4.68 (มากที่สุด)	< 0.001*

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลขการเข้าถึงแยกตามกลุ่มภาวะเสี่ยง ได้ข้อมูลรายละเอียด ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (Mobile Geriatric Clinic) จำแนกตามภาวะเสี่ยง

ประเด็น	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง	เข้าถึงบริการคลินิกสูงอายุเคลื่อนที่	ได้รับการส่งต่อหรือ ประสงค์ไปตรวจเพิ่มเติมกับแพทย์เฉพาะทาง
ภาวะเสี่ยงด้านการมองเห็น	1,225 ราย	560 ราย (45.71%)	117 ราย (9.5%)
ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม	788 ราย	152 ราย (19.28%)	12 ราย (1.5%)
ภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	392 ราย	132 ราย (33.67%)	10 ราย (2.5%)
ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า	106 ราย	90 ราย (84.9%)	2 ราย (1.8%)

จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบข้อมูลสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นดังนี้

1. กระบวนการมีส่วนร่วมและกลไกการขับเคลื่อน (Participation & Mechanisms) จุดเด่นของพื้นที่คือมีความร่วมมือระดับเครือข่ายโดยเฉพาะรพ.สต. ในพื้นที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมากในการประสานงาน นัดหมายผู้ป่วย และเตรียมสถานที่สำหรับคลินิกเคลื่อนที่ บทบาทของแกนนำชุมชน ได้แก่ อสม. และนักบริบาลชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมสำคัญในการเป็น "ด่านหน้า" เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนและช่วยอำนวยความสะดวกในวันจัดกิจกรรม การสนับสนุนเชิงวิชาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ In-service training ในหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้มีพื้นที่ในการฝึกประสบการณ์และร่วมออกแบบกิจกรรมในคลินิกได้อย่างอิสระตามบริบทของพื้นที่ตนเอง

2. ปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ (Enabling Factors) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมใน

ระดับดีมาก (ร้อยละ 90 ขึ้นไป) เนื่องจากได้รับบริการที่สะดวกและใกล้บ้าน ซึ่งแต่ต่างจากบริการเดิมที่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องเข้ารับการรักษาที่คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาล รวมถึงการนำระบบ Telemedicine มาใช้ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ

3. อุปสรรคและข้อจำกัด (Barriers & Challenges) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนขาดผู้ดูแลที่ชัดเจน (No Caregiver) ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง และจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง เป็นอุปสรรคที่พบอันดับหนึ่งในการส่งต่อเพื่อตรวจเพิ่มเติมหรือทำการรักษาตัวโรค ทำให้มีอัตราการปฏิเสธการส่งต่อเพื่อไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลใหญ่ นอกจากนี้พบข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์เพื่อการสื่อสารหรือใช้ระบบ Telemedicine ได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่หรือ อสม. คอยช่วยเหลือ

4. ข้อเสนอแนะและปัจจัยสู่ความยั่งยืน (Sustainability) ควรนำรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่นี้บรรจุเข้าเป็นแผนงานปกติของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ควรพัฒนาแพลตฟอร์ม Telemedicine ให้ใช้งานง่ายขึ้นสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับชุมชนเพื่อช่วยลดภาระการเดินทางของผู้สูงอายุ และควรเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. และนักบริบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน มีประเด็นค้นพบที่สำคัญซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการจัดบริการเชิงรุกและการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 82.00 และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการคลินิกเคลื่อนที่ (Mobile Geriatric Clinic) ได้สูงถึงร้อยละ 93.10 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ[8] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) โดยการเพิ่มจุดคัดกรองในชุมชน ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริบาล (Caregiver) ให้เป็น "ด่านหน้า" ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับ ยุทธพล เดชารัตนชาติ[9] และ อรวรรณ ศรีเกิน และคณะ[10] ที่ระบุว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การประเมินภาวะสุขภาพในพื้นที่กว้างมีความครอบคลุม และสามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11]

2. ความพึงพอใจต่อรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับดีมาก (มากกว่าร้อยละ 90) ปัจจัยหลักเกิดจากการได้รับบริการใกล้บ้าน ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและลดความยากลำบากในการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sritart H. และคณะ[12] ที่ชี้ให้เห็นว่าระยะทางและบริบททางภูมิศาสตร์เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Spatial barriers) สำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกล การจัดคลินิกเคลื่อนที่หมุนเวียนไปตาม รพ.สต. จึงเป็นการทลายกำแพงด้านการเดินทาง นอกจากนี้ การให้ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของพื้นที่บริการยังช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการประเมินและรักษามากขึ้น[13]

3. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี แม้งานวิจัยนี้จะมีการนำระบบ Telemedicine มาใช้

เพื่อปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก[14] และงานวิจัยของ Portnoy และคณะ[15] ในด้านการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะไกล แต่ผลการศึกษาเชิงคุณภาพกลับพบข้อจำกัดสำคัญ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านความรอบรู้ทางดิจิทัล (Digital Literacy) ไม่สามารถใช้งานอุปกรณ์ได้ด้วยตนเอง ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดอนสมัคร ศ. และคณะ[16] ที่ระบุว่าการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยสูงอายุไทยจะไม่สามารถบรรลุผลได้หากขาด "ผู้ช่วยเหลือ (Navigators)" ดังนั้น การที่อำเภออุบลรัตน์ใช้ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมต่อระบบให้ จึงเป็นการแก้ปัญหาช่องโหว่ทางเทคโนโลยีนี้ได้อย่างตรงจุด

4. อุปสรรคในการส่งต่อ (Referral Barriers) และการขาดแคลนผู้ดูแล ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ แม้การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิจะสูงมาก แต่เมื่อจำเป็นต้องส่งต่อผู้มีความเสี่ยงสูงเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง กลับมีอัตราการส่งต่อเพียงร้อยละ 21.00 โดยมีอุปสรรคหลักคือ "การขาดผู้ดูแล (No Caregiver)" ที่จะพาเดินทางไปโรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ไม่ใช่ปัจจัยเชิงพื้นที่ (Aspatial barriers) ตามแนวคิดเรื่องการเข้าถึงบริการของ Penchansky และ Thomas[17] ประเด็นนี้สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย[18] และงานวิจัยของ Boongird และ Ross[19] ที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมักเลือกที่จะละทิ้งการรักษาขั้นสูงหากต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายแฝง (Indirect costs) หรือรู้สึกว่าเป็นภาระแก่บุตรหลาน นอกจากนี้การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มหรือสมองเสื่อมมีโอกาสหลุดออกจากระบบบริการสุขภาพขั้นสูงได้ง่ายขึ้น[20]

5. ความยั่งยืนและการพัฒนาเชิงนโยบาย จากผลการดำเนินงาน การบูรณาการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่เข้ากับแผนปฏิบัติงานปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับคู่มือแนวทางของกรมอนามัย[21] และกรมควบคุมโรค[22] ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสถานีสุขภาพชุมชนเพื่อชะลอความชรา การเสริมพลังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูฯ และทรัพยากรด้านนักบริบาล จะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนผู้ดูแลและเสริมสร้างความยั่งยืนของรูปแบบบริการในระยะยาว

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ได้สร้างรูปแบบการจัดบริการคลินิกการดูแลผู้สูงอายุ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการและการใช้ระบบสนับสนุนดิจิทัล โดยเปลี่ยนจากการตั้งรับในโรงพยาบาลเป็นการจัดบริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลให้ตัวชี้วัดหลักทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะยังมีข้อจำกัดสำคัญในเรื่องการขาดแคลนผู้ดูแลครอบครัวและทักษะด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ แต่รูปแบบนี้ถือเป็นต้นแบบที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความครอบคลุมของการดูแลสุขภาพสังคมสูงวัยในพื้นที่ชนบทได้อย่างยั่งยืน หากได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบรรจุรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่ (Mobile Clinic) ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ (CUP) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดงบประมาณสนับสนุนที่ยั่งยืน

2. ควรพัฒนาระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางผ่าน Telemedicine จาก รพ.สต. ตรงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจะทำให้ได้รับการรักษาภาวะเสี่ยงหรือโรคที่พบในผู้สูงอายุได้ตามมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำ รวมถึงแก้ไขอุปสรรคเรื่องการเดินทางและความยากลำบากที่จะไปพบแพทย์เฉพาะทางในรพ.แม่ข่ายซึ่งอยู่ห่างไกล

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจมีการเปรียบเทียบต้นทุนระหว่างการจัดคลินิกเคลื่อนที่กับ

การที่ผู้สูงอายุต้องเดินทางมารับบริการเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายแก่ภาครัฐ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร ธันวาคม 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง; 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th

3.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th

4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2566.

5.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.

6.Silawan T, Powwattana A, Ponsen P, Ninkarnjanakun N. Promoting the wellness of older adults through integrated health-promoting programs and supportive peers: a quasi-experimental study in semi-urban communities of northeastern Thailand. J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319241241456. doi:10.1177/21501319241241456

7.Aung MN, Moolphate S, Aung TNN, Koyanagi Y, Kurusattra A, Chantaraksa S, et al. Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: a cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. Health Res Policy Syst. 2022;20(Suppl 1):110. doi:10.1186/s12961-022-00911-5

8.เจนพานิชทรัพย์ ม, แก้วอำไพ ณ, คลีกร ว. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(1):255-71.

9.เดชารัตนชาติ ย, คชโคตร ย. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565;22(3):63-80.

10.ศรีเกิน อ, ภูหงษ์ทอง ม, ไชยรัตน์ พ. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [อ้างเมื่อ 1 เมษายน 2569];1(2):39-54. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/245204

11.ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):56-68.

12.Sritart H, Tuntiwong K, Miyazaki H, Taertulakarn S. Disparities in Healthcare Services and Spatial Assessments of Mobile Health Clinics in the Border Regions of Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20):10782. doi:10.3390/ijerph182010782

13.แพชัยภูมิ ณ, สิงห์ศาลาแสง อ, ลือนาม อ. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;35(2):57-74.

14.Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). Healthc Inform Res. 2012;18(2):153–5. doi:10.4258/hir.2012.18.2.153

15.Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(5):1489–91. doi:10.1016/j.jaip.2020.03.008

16.ดอนสมัคร ศ, ลีพหวรงค์ พ, พลรักดี ก, อังกาบ ภ, หัดโนนตุ่น พ, พราวแจ้ง จ, และคณะ. ระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยนอกสูงอายุในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2567;20(1):13-27.

17.Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127–40. doi:10.1097/00005650-198102000-00001

18.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/printed-matter/399

19.Boongird C, Ross R. Views and Expectations of Community-Dwelling Thai Elderly in Reporting Falls to Their Primary Care Physicians. J Appl Gerontol. 2017;36(4):480–98. doi:10.1177/0733464815606799

20.Khongboon P, Kespichayawatt J. Accidental falls and associated factors among the elderly in Thailand: a national cross-sectional study in 2007, 2011, 2014 and 2017. J Health Res. 2022;36(4):767–80. doi:10.1108/JHR-07-2020-0308

21.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Individual Wellness Plan). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201573

22.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล ในชุมชน. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.