

การประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตาม นโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอหนองหาน จังหวัดขอนแก่น

นวลจันทร์ แสนกอง¹, สุรศักดิ์ ไชยสงค์^{2,3}, กฤษณี สระมณี^{2,3}, ร่มตะวัน กาลพัฒน์³, พลิชฐ์ พัจนา³

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวของตำบลสะอาด อำเภอหนองหาน จังหวัดขอนแก่น **วิธีการศึกษา:** การศึกษานี้ใช้วิธีแบบผสมผสาน ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะพึ่งพิง (Barthel Activity of Daily Living: ADL $\leq$ 11) จำนวน 37 คน ทีมหมอครอบครัว 10 คนของตำบลสะอาด ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน และยังใช้ข้อมูลจากเอกสารการประชุม และรายงานการดำเนินงานหรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลคลินิกจากบันทึกของศูนย์ดูแลระยะยาวและฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองหาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 37 คน การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็นตามจุดประสงค์ของการศึกษา **ผลการศึกษา:** ตำบลสะอาดมีรูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่เป็นเชื่อมโยงการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพกับชุมชนทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวน 37 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.83 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 78.38 อายุเฉลี่ย 80.81 ปี เป็นผู้หญิง ร้อยละ 62.61 และอยู่กับหลาน ร้อยละ 97.30 ในด้านผลลัพธ์ พบว่า ระดับคะแนน ADL โดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังรับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเพิ่มจาก 6.78 ($\pm$ 3.20) เป็น 10.68 ($\pm$ 6.08) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การจัดบริการอย่างเป็นระบบ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของการทำงานในชุมชนที่สามารถให้บริการได้ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน **สรุป:** รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอหนองหานเป็นตัวอย่างของการจัดบริการแบบบูรณาการระหว่างการดูแลโดยสถานบริการและชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การจัดบริการการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอครอบครัว นโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การประเมินโครงการ

รับต้นฉบับ: 21 มิ.ย. 2564, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 16 ก.ย. 2564, รับผิดชอบพิมพ์: 29 ก.ย. 2564

ผู้ประสานงานบทความ: สุรศักดิ์ ไชยสงค์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

44150 E-mail: surasak.c@msu.ac.th

Evaluation of Care Service Provision to Dependent Elderly by Family Care Team Following the Primary Care Cluster Policy in Nam Phong District, Khon Kaen Province

Nuanchan Sankong¹, Surasak Chaiyasong^{2,3}, Kritsanee Saramunee^{2,3}, Rontawan Kalapat³, Phasith Phatchana³

¹Student in Master of Pharmacy Program in Primary Care Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

²Master of Pharmacy Program in Primary Care Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

³Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objectives: To evaluate the care service provision for dependent elderly by the family care team of Sa-ard subdistrict following the primary care cluster policy in Nam Phong district, Khon Kaen province. **Methods:** This research used the mixed method including: 1) qualitative research method using data derived from both in-depth interview and group discussion with 3 key informant groups composing of 37 dependent elderlies (Barthel Activity of Daily Living: ADL ≤ 11), 10 family care team members of Sa-ard subdistrict, i.e., 1 family doctor, 1 pharmacist, 5 nurses, 1 occupational therapist, and 2 public health technical officers, and 1 officer from local administrative organization, and also using data from meeting minutes, reports on service provision and other related documents; and 2) quantitative research method using clinical data derived from medical records from long-term care center and Nam Phong Hospital with a total sample 37 dependent elderlies. For qualitative data analysis, thematic analysis was conducted following the research objectives. **Results:** Care service provision to dependent elderly by the family care team in Sa-ard subdistrict was highly patient-centered with a collaboration between multi-disciplinary team and the community for the effective service provision and coverage. Thirty-seven dependent elderlies in the study were accounted for 24.83% of all elderlies in the community. The majority of dependent elderlies were home-bounded elderlies (78.38%), aged 80.81 years on average, being female (62.61%) and living with grandchild or grandchildren (97.90%). Regarding outcomes, the dependent elderlies reported a statistically significant increase in ADL scores from 6.78 (± 3.20) before the service provision to 10.68 (± 6.08) after service provision. Key success factors included systematic service provision, effective resource utilization, and having community nurses. These were the key for community works leading to capability in service provision following current primary care cluster policy. **Conclusion:** Care service provision to dependent elderlies in Nam Phong district was considered as a model of effective care service provision with harmonization between institutional care and community care. Therefore, the model needs to be continuously implemented and applied to other areas.

Keywords: care service provision, dependent elderly, family care team, primary care cluster policy, program evaluation

บทนำ

สังคมสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากประมาณ 1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 10 ล้านคน ภายใน 5 ทศวรรษ (พ.ศ. 2557) หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (1) ในระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2578 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า ขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่องเนื่องจากอัตราการเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวมากขึ้น (2) การที่ประชากรเกินกว่าร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุ จึงถือว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564-2565 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบเมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 (3) ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (4) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมทั้งที่บ้านและสถานพยาบาล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นได้ถูกพัฒนาขึ้นในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น โปรแกรมการบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพประเทศเนเธอร์แลนด์ (5) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีกว่าและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับภาวะที่ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2559 ได้จัดตั้งโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long-term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เน้นการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม (community-based) มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การขับเคลื่อนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี (6)

อำเภอหนอง จันทวนขอนแก่น เป็นพื้นที่ที่มีการทำงานร่วมกับชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง มีคณะกรรมการกำกับดูแลนโยบายในระดับอำเภอ (district health board) มีการวางแผนงานด้านงานปฐมภูมิและมีการขับเคลื่อนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยการผลิต “พยาบาลชุมชน” จาก

งบประมาณของมูลนิธิพัฒนาคุณภาพชีวิตน้ำพอง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในชุมชนที่เป็นคนในชุมชนอย่างแท้จริง ข้ามผ่านกำแพงความเป็น “คนของรัฐ” มาเป็น “คนบ้านเดียวกัน” ทำให้สามารถเข้าถึงบริบทและปัญหาที่แท้จริงด้านสุขภาพของคนในชุมชน และส่งเสริมให้มีการพัฒนาชุมชนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ primary care cluster (7) ปัจจุบันทุกหมู่บ้านในอำเภอน้ำพองมีพยาบาลชุมชนประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีตารางปฏิบัติงานในชุมชนเดือนละ 8 วัน ทำหน้าที่ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ ขึ้นกับลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลน้ำพองได้บูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (8) ภายใต้หลักการดูแลด้านสาธารณสุขที่ยึดบ้านและชุมชนเป็นหลัก อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน (home-based และ community-based) อำเภอน้ำพองเริ่มจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ตำบลสะอาดตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา แต่ยังไม่มีการรายงานและประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอน้ำพอง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการ ผลการจัดบริการ และปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการจัดบริการและข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนานโยบายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในระดับพื้นที่และประเทศต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและสถานการณ์กลุ่มกับบุคลากรผู้ให้บริการ และผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการ

จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการและนำเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การศึกษานี้มีระยะเวลาการดำเนินงานระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 048/2561

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน Barthel Activity of Daily Living (ADL) ≤ 11 จำนวน 37 คน ซึ่งเข้ารับบริการในศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด และได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวอย่างน้อย 2 ครั้ง นับตั้งแต่วันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561 2) บุคลากรทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด รวม 10 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน และ 3) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 1 คน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด นอกจากนี้ ยังใช้ข้อมูลจากบันทึกหรือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการของโปรแกรม ได้แก่ รายงานการดำเนินงาน เอกสารรายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) รูปแบบและขั้นตอนการให้บริการ 2) เกณฑ์ในการสำรวจกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) ระบบการบริหารจัดการ เช่น ทรัพยากรบุคคล ระบบการทำงาน และงบประมาณและการเงิน 4) ประเด็นอื่น ๆ ในการสนับสนุนการทำงาน และ 5) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมฯ คำถามในการสัมภาษณ์ได้ผ่านตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทั้งด้านความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของ

การวิจัย ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของคำถาม

การเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มดำเนินการโดยผู้วิจัย สำหรับการสัมภาษณ์ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วยหรือสถานที่ที่นัดสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที สำหรับการสนทนากลุ่มดำเนินการ 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมครั้งละ 7-10 คน จัดขึ้นที่ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มลงในกระดาษและบันทึกเสียงการสนทนาด้วยเครื่องบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยถอดเทปเสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับข้อมูลที่จดบันทึกไว้ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้าโดยใช้การสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมกับการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้มั่นใจว่า ข้อสรุปนั้นเที่ยงตรงตามความเป็นจริง การวิเคราะห์เชิงประเด็นถูกนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ รูปแบบและกระบวนการในการจัดบริการ และปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการฯ พร้อมทั้งนำเสนอบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลประกอบ

การวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างและแหล่งข้อมูล

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 37 คน แหล่งข้อมูลที่ใช้ คือ บันทึกของศูนย์ดูแลระยะยาวและฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำพองทั้งแบบกระดาษและแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีการรวบรวมตัวแปรที่สำคัญดังนี้ ลักษณะทั่วของของผู้อายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครัวเรือน สถานะทางสุขภาพ และระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่ประเมินด้วย ADL และผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ที่มีการบันทึกไว้ ได้แก่ อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด (hemoglobin A1C: HbA1C) ระดับ LDL-cholesterol (mg/dl), triglyceride (mg/dl) จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการการรักษากรณีผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการการรักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการการรักษากรณีผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่เข้ารับบริการการ

รักษากรณีผู้ป่วยใน และปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems: DRP)

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา ได้แก่ 1) ช่วง 3 เดือนก่อนที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ โดยช่วงที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 ไปถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 และ 2) ในช่วงเดือนตุลาคม หลังจากผู้สูงอายุเข้ารับบริการแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในช่วงก่อนและหลังได้รับการใช้ paired t-test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ และ Wilcoxon signed rank test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ระดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ $P < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA version 14

ผลการวิจัย

รูปแบบการจัดบริการ

ตำบลสะอาด อำเภอหนองน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น แบ่งเขตรับผิดชอบด้านสาธารณสุขออกเป็น 2 พื้นที่ตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ พื้นที่ที่ได้รับการดูแลโดย รพ.สต. คำบง จำนวน 8 หมู่บ้าน และพื้นที่ที่ได้รับการดูแลโดย รพ.สต. นาศรี จำนวน 6 หมู่บ้าน ในพื้นที่ทั้งหมด 2,464 ครัวเรือนและมีประชากรทั้งหมด 9,770 คน ปัจจุบันการดูแลสุขภาพในชุมชนเป็นความรับผิดชอบของทีมหมอครอบครัวซึ่งมีทั้งหมด 2 ทีม ได้แก่ ทีมจาก รพ.สต.คำบง และทีมจาก รพ.สต. นาศรี ทั้งหมดปฏิบัติงาน 2 วันต่อสัปดาห์ และแต่ละทีมมีสมาชิกทั้งหมด 25 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน (ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว หรือ long-term care manager (LTCM) 3 คน) ทันตแพทย์ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 4 คน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (trained care giver: TCG) 10 คน การจัดการบริการสามารถจัดได้ทั้งที่ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด รพ.สต. คำบง รพ.สต. นาศรี และบ้านของผู้สูงอายุ ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการนี้เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(สปสข.) โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองน้ำพอง รพ.สต. คำบง รพ.สต. นาศรี เทศบาลตำบลสะอาด ภายใต้งบประมาณจากกองทุนดูแลระยะยาว สปสข. ที่มีอัตราการเบิกจ่ายรายหัว คนละ 5,000 บาทต่อปี และงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ กองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตน้ำพอง มูลนิธิโอสถสภา และ Japan International Cooperation Agency (JICA)

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาดเริ่มจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ตามรายชื่อจากทะเบียนราษฎร (รูปที่ 1) เพื่อประเมินระดับสุขภาวะและระดับภาวะพึ่งพิง โดยใช้ Barthel ADL index ร่วมกับแบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย แล้วส่งข้อมูลให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ทั้งด้านจำนวนและสถานะทางด้านสุขภาพ หลังจากนั้นผู้จัดการฯ วิเคราะห์ข้อมูล และจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามคะแนน ADL ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ($ADL \geq 12$ คะแนน) กลุ่มติดบ้าน ($ADL 5-11$ คะแนน) และกลุ่มติดเตียง ($ADL 0-4$ คะแนน) เพื่อพิจารณาจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามแผนการดูแล (care plan) คือ A, B และ C ซึ่งมีรายละเอียด (รูปที่ 2) ดังนี้

กลุ่ม A หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงที่ต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สะดวกไปรับบริการที่ศูนย์ดูแลระยะยาวหรือไม่สามารถไปได้ กลุ่มนี้ให้การดูแลที่บ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ตาม แผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชนเพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยกลุ่มนี้สมัครใจและสามารถเคลื่อนย้ายได้จะนำเข้าสู่กลุ่ม C

กลุ่ม B หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านที่ไม่จำเป็นต้องรับการฟื้นฟูเป็นประจำ สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการฟื้นฟูที่ศูนย์ดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ในกลุ่มนี้ให้การดูแลที่บ้าน 1 ครั้ง/เดือนโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่ม C หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงที่ต้องการการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เข้ารับการดูแลที่ศูนย์ดูแลระยะยาวประจำ โดยได้รับการดูแลจากอาสาสมัครดูแล

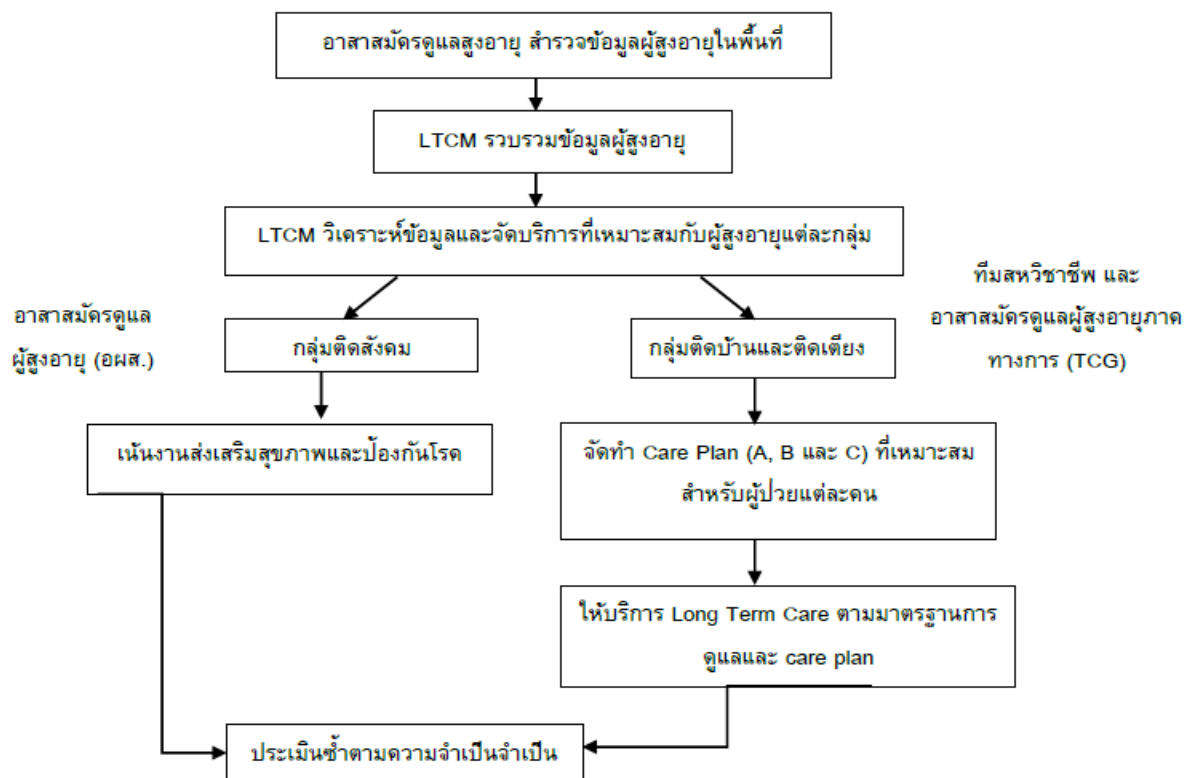
ผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการฝึกกายภาพบำบัดทั้งแบบใช้อุปกรณ์เฉพาะและแบบไม่ใช้อุปกรณ์เฉพาะด้วยความถี่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้ทรัพยากรของเทศบาลและดูแลการรับส่งโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้นโยบายการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนการดูแลระยะยาวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการบูรณาการเชื่อมประสานระหว่างสหวิชาชีพและหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย บทบาทหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณ การดำเนินงานสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลระยะยาว การจัดรถรับส่งผู้สูงอายุเพื่อมารับบริการที่ศูนย์ดูแลระยะยาว การจัดหาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นแก่ศูนย์ดูแลระยะยาวและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มจำนวนและศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (TCG) ที่สามารถทำงานทั้งในชุมชนและศูนย์ดูแลระยะยาวครอบคลุมทั้งงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การ

ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินภาวะแทรกซ้อน รวมถึงงานฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ บริการจึงเป็นลักษณะการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากการดูแลในมิติสุขภาพกายแล้ว ยังมีการดูแลในมิติอื่น ๆ เช่น การสร้างอาชีพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบ้านเพื่อเอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เป็นต้น การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทำให้ได้บทสนทนาจากหลายท่านที่สามารถสะท้อนภาพของขั้นตอนการให้บริการของทั้งทีมหมอครอบครัวและเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่น บทสนทนาเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงานของทีมหมอครอบครัว มีตัวอย่างดังนี้

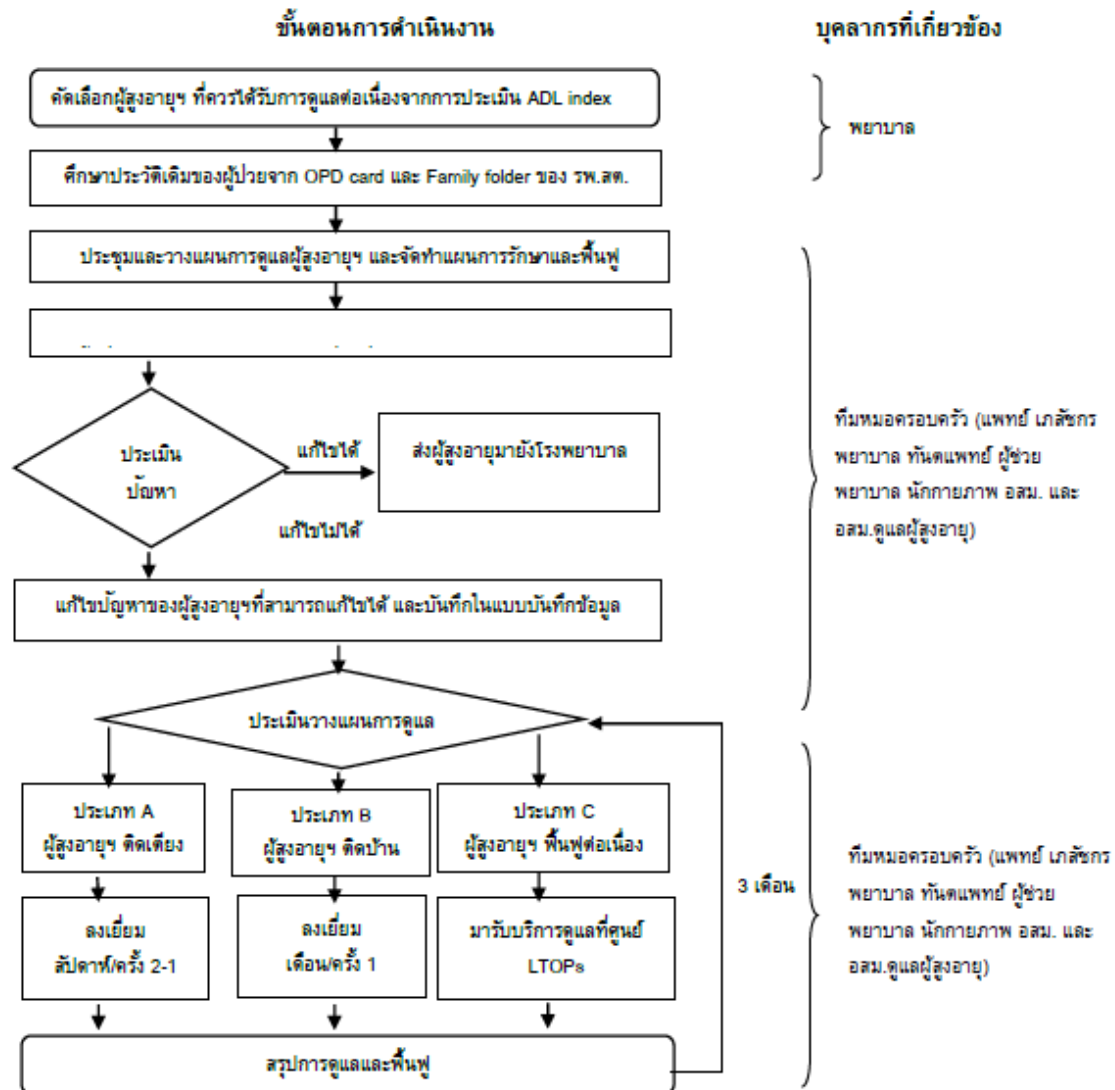
“ตอนแรกอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูมาเบิ๊งก่อน เฝื้มมาเห็นยายมีแผลยุกัน แล้วกะยางยาก เฝื้มเลยโทรฯ เอ็นเอาหมอใหญ่มาเบิ๊งให้ยุเหือนเลย มาชอยเฮ็ดแผล เอายามาให้แผลเขาแล้วตอนนี่กะหัดยาง พวกอาสาจะมาพยายาง” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 3)

“แต่ก่อนกะไปฝึกยุศูนย์พูนแหล่ว แต่ตอนนี้อยากไปศูนย์ ย่อนาวาพอใหญ่กลั่นเหยียวบได้ ย่านหมอหมื่น ย่านหมอจริงเกียจ เลยเขาไปศูนย์ แต่เฝื้มกะดีหลายเขาไป เฝื้ม



รูปที่ 1. ขั้นตอนการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนและการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ

หมายเหตุ: LTCM คือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (long-term care manager); TCG คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (trained care giver)



รูปที่ 2. ระบบงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอหนองแก้ว จังหวัดขอนแก่น

หมายเหตุ: LTOP คือ โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (project of long-term care service development for the frail elderly and other vulnerable people)

กะมาหาญเอื่อน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 14)

“เพิ่นดูแลหมัดทุกคนในครอบครัว เก่งตาเท่งยายดูแลปานคนในครอบครัวปานไทเอื่อนเดียวกัน บ่รังเกียจเฮาจักเม็ด” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 34)

บทสนทนาเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น มีตัวอย่างดังนี้

“ชุมพวกอาสาฯ เพิ่นกะมามาเป็นประจำ อาทิตยละเทื่อ มาฝึกยางให้ตา พาหัดยางอ้อมบ้าน พาตากินข้าว มาตัดเล็บตัดผมให้ ลางเทื่อกะมาเว่นิทานก้อมให้ฟังได้หัวได้มวนน่ายุ” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 3)

“คุณหมอมายะยังกะย้อนตาป่วยหลายโรค เป็นเทิ่งเบาหวาน ความดัน อัมพฤกษ์ ตอนเป็นแรกๆมีแผลกดทับ นำ ย้อนตาลูกบ่ได้มีแต่นอน คุณหมอใหญ่มาเดือนละสองเทื่อ แต่ชุมอาสาฯของเทศบาลนี้มาอาทิตยละ 2 เทื่อ ตอนแรกอาสาฯมาฝึกยาง ฝึกออกกำลังกายให้ พวกกันเฮ็ดรอกเฮ็ดราวเอาไว้อับยาง หลายอย่างยุ อาสาฯ เพิ่นเห็นตามีแผล ย้อนมีแต่นอน เพิ่นกะแนะนำให้ลูกพลิกโดให้ดูๆ แล้วกะเอิ้นหมอใหญ่มาตรวจให้พร้อม ตอนแรกๆ ตอนเป็นใหม่ๆ ตายางบ่ได้เลย เฮ็ดหยั่งเองบ่ได้มีแต่นอนอย่างเดียว เว่ากะบู้เรื่อง ตอนนีไคหลาย ยางแข็งแล้ว บ่ต้องจิบราวแล้ว เว่ากะเป็นภาษารู้เรื่องกัน กินข้าวเองกะได้ ลูกกะดีใจหลาย เพราะวาลาออกจากงานมาดูแลตา ตกงาน เงินเก็บกะใกล้สิ

เปิดแล้ว ตอนนี้จะพอได้มีเวลาร่างไปไฮไปนา ไปปรับจังหวา
เงินมาซื้อกิน” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 8)

ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการ

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทำให้สามารถสรุป
ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ทั้งหมด 4 ประเด็นสำคัญ
ดังต่อไปนี้ 1) บุคลากรมีภาระงานมากขึ้น แนวทางแก้ไข
คือ วางนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลให้
สอดคล้องกับภาระงานลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน เช่น การส่ง
รายงานผู้ป่วยและภาระงาน ที่ต้องจัดทำทั้งรูปแบบเอกสาร
และอิเล็กทรอนิกส์ 2) ระบบสารสนเทศของทั้งหมด
ครอบคลุมตำบลสะอาดไม่เชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของ
โรงพยาบาลน้ำพอง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการ
รักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ แนวทางแก้ไข คือ พัฒนาระบบ
สารสนเทศของ รพ.สต.และโรงพยาบาลให้เชื่อมโยงกันและ
พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าถึงง่ายโดยผู้ปฏิบัติงาน
3) วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข
ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน แนวทางแก้ไข คือ
เกณฑ์การจัดสรรวัสดุอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีจากส่วนกลาง
ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการใช้จริงของแต่ละ
หน่วยงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และ 4) งบประมาณ
จาก สปสช. ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่นอกกองทุน
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ เช่น
ผู้พิการ งบประมาณสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคมีจำกัด และขั้นตอนการขออนุมัติใช้ยุ่งยาก ทำให้ขาด
แคลนงบประมาณในการบริหารจัดการศูนย์ดูแลระยะยาว
แนวทางแก้ไข คือ เคารจัดสรรงบประมาณให้ครอบคลุม
ผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่จำกัดสิทธิการรักษา

ผลลัพธ์จากการจัดบริการ

จำนวนผู้เข้าร่วมบริการ

ตำบลสะอาด อำเภอคำชะอี จังหวัดขอนแก่น มีจำนวน
ผู้สูงอายุทั้งหมด 149 คน และเป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL
สูงกว่า 11 คะแนน จำนวน 112 คน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ไม่มี
ภาวะพึ่งพิงตามคำจำกัดความของการศึกษาวิจัยนี้และไม่
ถูกนำมาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น จำนวนผู้สูงอายุ
ที่เข้ารับบริการทั้งหมด คือ 37 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.83
ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน
29 คน (ร้อยละ 78.38) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน

(ร้อยละ 21.62) มีอายุเฉลี่ย 80.81 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 62.16) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ
81.08) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 97.30) มี 1 คนที่
อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 97.30)
เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 72.97) เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือด
สมอง (stroke) (ร้อยละ 52.78) แสดงดังตารางที่ 1

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่
อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับ
บริการ พบว่า ค่าเฉลี่ย ADL ก่อนได้รับการดูแลจากทีม

ตารางที่ 1. ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=37)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศหญิง	23 (62.2)
อายุ (ปี) ¹	80.81 ± 8.06
ศาสนาพุทธ	37 (100)
ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	36 (97.30)
สถานภาพสมรส คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว	24 (64.86)
มีการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้	2 (5.40)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน <5,000 บาท	37 (100)
การอยู่อาศัยอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	36 (97.30)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน) ¹	1.86 ± 1.87
การมีโรคประจำตัว	36 (97.30)
โรคความดันโลหิตสูง	20 (23.83)
โรคเบาหวาน	11 (12.94)
โรคหอบหืด	11 (12.94)
โรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน	10 (11.76)
โรคอื่นๆ	14 (16.47)
ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว (ปี) ¹	4.49 ± 7.87
เป็นผู้พิการ	27 (72.97)
ประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	19 (52.78)
จำนวนรายการยาประจำ	2.90 ± 3.46
ระดับ ADL ช่วงเข้าร่วมโปรแกรม	
5-11 (ติดบ้าน)	29 (78.38)
0-4 (ติดเตียง)	8 (21.62)

1: ค่าเฉลี่ย ± SD

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการบริการฯ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (n=37)		P
	ก่อน	หลัง	
ADL	6.78 $\pm$ 3.20	10.68 $\pm$ 6.08	<0.001 ¹
อัตราการกรองของไต (GFR) (ml/min/1.73 m ²)	27.04 $\pm$ 53.52	27.91 $\pm$ 55.01	0.687 ¹
ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด (% HbA1C)	7.30 $\pm$ 0.56	7.15 $\pm$ 2.19	0.917 ¹
LDL-cholesterol (mg/dl)	109 $\pm$ 52.26	107.75 $\pm$ 29.04	0.945 ¹
triglyceride (mg/dl)	201.75 $\pm$ 70.41	171.50 $\pm$ 77.50	0.372 ¹
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการการรักษา กรณีผู้ป่วยนอก	1.75 $\pm$ 1.36	1.44 $\pm$ 1.09	1.000 ²
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการการรักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1.22 $\pm$ 1.20	2.4 $\pm$ 3.85	0.050 ²
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการการรักษา กรณีผู้ป่วยใน	1.75 $\pm$ 0.89	2.12 $\pm$ 0.99	0.184 ¹
จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่เข้ารับบริการการรักษา กรณีผู้ป่วยใน	8.62 $\pm$ 6.34	8.89 $\pm$ 9.18	0.166 ²
จำนวนปัญหาจากการใช้ยา	1.21 $\pm$ 0.42	1.28 $\pm$ 0.61	0.317 ²

1: paired t-test; 2: Wilcoxon signed rank test

ห้หมดรอบครัว เท่ากับ 6.78 ($\pm$ 3.20) และหลังได้รับการบริการฯ เท่ากับ 10.68 ($\pm$ 6.08) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อปัจจัยสนับสนุน

ถึงแม้ว่าการทำงานดูแลผู้สูงอายุในตำบลสะอาดนี้ไม่ได้มีแรงจูงใจในเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินจำนวนมาก แต่จากการสรุปประเด็นที่ได้จากทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ อาสาสมัคร และทีมห้หมดรอบครัว นั้นพบว่า เกียรติที่ได้รับจากคนในชุมชนและการดูแลที่ประสบความสำเร็จนั้นเป็นรางวัลตอบแทนคนทำงานที่ช่วยผลักดันให้ทำงานต่อไปได้ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการทำงานให้ดำเนินไปอย่างสะดวกและราบรื่นมากขึ้น ได้แก่ 1) การมีทางลาดในศูนย์ดูแลและระยะยาว ทำให้เกิดความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยผ่อนแรงให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ได้ 2) การมีระบบการทำงานที่ว่าจะต้องมีอาสาสมัครลงเยี่ยมบ้านด้วยกันคราวละ 2 คน ช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่อาสาสมัครได้มาก เพราะในบางครั้งอาสาสมัครต้องลงเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเรื่องการทำร้ายผู้อื่น หรือลงเยี่ยมบ้านในพื้นที่เปลี่ยวลับตาคน และ 3) การที่ทีมห้หมดรอบครัวลงพื้นที่อย่างต่อเนื่องนั้นเป็นการกระตุ้นให้คนหรือองค์กรในชุมชนเกิดความตระหนักและอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

การอภิปรายและสรุปผล

รูปแบบของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดำเนินงานของทีมห้หมดรอบครัวตำบลสะอาดนั้น มีทั้งการตรวจรักษาโรค กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพะ รวมถึงกิจกรรมด้านสังคมต่าง ๆ เช่นการส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น มี การดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือหลักคือแผนการรักษารายบุคคล ทำให้มีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างแท้จริง โดยการทำงานนั้นเป็นรูปแบบการทำงานภายใต้หลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กล่าวคือผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

อำเภอหน้าพองมีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบริการของโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพื้นที่ตำบลสะอาด เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมมากที่สุดในการจัดโปรแกรมการให้บริการดูแลแบบบูรณาการทั้งที่บ้านและศูนย์ดูแล (integrated day care and home care services program) เนื่องจากศูนย์การดูแลระยะยาวมีทีมห้หมดรอบครัวที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสหวิชาชีพ ที่ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ มีศูนย์ดูแลและระยะยาว มีพยาบาลชุมชนเป็นผู้จัดการแผนการดูแล (care manager) มีอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการ รวมทั้ง มีการสนับสนุนและอาสาสมัครจากองค์กร JICA ประเทศญี่ปุ่น ร่วมด้วย

โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุฯ ตำบลสะอาดมีการสำรวจข้อมูลและจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (care plan) ตามลักษณะของผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง แผนการดูแลจัดทำขึ้นเฉพาะรายเพื่อให้ได้รับบริการที่ศูนย์หรือการดูแลที่บ้าน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ชุมชนมีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและจัดกิจกรรมส่งเสริมการประกอบอาชีพและการดูแลในรูปแบบต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Margaret MacAdam (9) ที่แสดงว่า ระบบบริการแบบบูรณาการนี้สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การดูแลโดยมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงเหมือนข้อมูลที่พบในการศึกษาของ วิลเลียม ดาปเปสและคณะ (10) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยกระตุ้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ลดจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และเกิดการพัฒนาระบบการดูแลที่ยั่งยืน

ปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการฯ

การมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สะดวก ช่วยลดขั้นตอนและความซับซ้อนของระบบ การใช้ระบบส่งต่อที่ไม่เป็นทางการควบคู่กับการส่งต่อที่เป็นทางการที่มีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดี ทำให้มีแผนการดูแลรายบุคคลที่นำไปใช้งานได้จริงและมีประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม การมีพยาบาลชุมชนทำให้สามารถทำงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสำหรับการจัดตั้งศูนย์ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์โดยสำรวจความต้องการและปรับปรุงรายการให้เหมาะสมต่อความต้องการใช้อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีการสนับสนุนด้านการเงินจากหลายหน่วยงาน เช่นองค์กรเอกชน มูลนิธิพัฒนาคุณภาพชีวิตน้ำพอง และ JICA

คณะกรรมการกำกับดูแลนโยบายในระดับอำเภอ น้ำพอง มีการวางแผนงานด้านงานปฐมภูมิและขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 และปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ พยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการทำงานในชุมชน มีการดำเนินงานตามนโยบายการจัดกลุ่มปฐมภูมิในปัจจุบัน นอกจากนี้รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวเอื้อให้เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงประสานระหว่างสหวิชาชีพและชุมชน ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ เป็นลักษณะการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

ปัญหาและอุปสรรคการจัดบริการ

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรมีภาระงานที่มากเกินไป และระบบสารสนเทศของทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาดไม่เชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ ระบบสารสนเทศของทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาดไม่เชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ ด้านการจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่นอกกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ เช่นผู้พิการงบประมาณสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียกจำกัด และขั้นตอนการขออนุมัติใช้ยุ่งยาก ทำให้ขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการศูนย์ดูแลระยะยาว

ผลลัพธ์ของการจัดบริการ

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุฯ หลังจากเข้ารับบริการการดูแลดีขึ้นอย่างชัดเจน คือ มีการเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) จากช่วงก่อนรับบริการที่มีคะแนน ADL เฉลี่ย เท่ากับ $6.78 (\pm 3.20)$ เป็น $10.68 (\pm 6.08)$ ในช่วงหลังเข้ารับบริการ ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพิงลดลงหลังจากได้รับการบริการจากทีมหมอครอบครัว และกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำกิจกรรมในทุกวันได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยศวัชรคุปต์ และคณะ (11) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งพบว่า การดูแลผู้สูงอายุภายใต้โครงการ long term care ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพอาจต้องใช้เวลาในการสังเกตและเก็บข้อมูลต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานในระดับหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งปีในการศึกษา

อาจไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน นอกจากนี้การวัดผลลัพธ์ และประสิทธิผลของการได้รับบริการฯ ไม่ครอบคลุมถึง ประเด็นด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ เช่นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมถึงประเด็นความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยตรง ถือเป็นผลลัพธ์ที่มีคุณค่าทางสังคม ผลการศึกษา ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) ในระดับตำบล สะอาด มีการจัดบริการที่ดีอยู่แล้ว ควรมีการพัฒนาระบบทั้งเชิงโครงสร้าง บุคลากร และทรัพยากรเพื่อให้สามารถ จัดบริการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป เทศบาลตำบล สะอาดควรจัดสรรงบประมาณหรือทรัพยากรเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานของศูนย์ฯ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุฯ เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายต่อไปได้ รวมทั้ง สามารถขยายการให้บริการไปยังกลุ่มอื่น ๆ ที่ นอกเหนือจากผู้ที่อยู่ในการดูแลของกองทุนหลักประกัน สุขภาพของ สปสช. ได้ด้วย 2) ในระดับอำเภอน้ำพอง ควร มีการสนับสนุนให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวนี้ต่อเนื่องให้ มีประสิทธิภาพและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น พร้อมทั้งควรมี การพิจารณาขยายพื้นที่การจัดกลุ่มบริการปฐมภูมิไปยัง ตำบลอื่น และควรส่งเสริมให้พื้นที่ตำบลสะอาดเป็นต้นแบบ ของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสนับสนุนให้ เป็นพื้นที่การเรียนรู้สำหรับอำเภอหรือจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป และ 3) ในระดับประเทศ ควรมีการขยายกองทุนการดูแล ระยะยาวไปยังสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้เกิด ความครอบคลุมประชากรทุกคนทั่วประเทศ

การศึกษาในอนาคตควรวัดผลก่อนและหลังการ เข้าร่วมโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อให้สามารถวัดและ ประเมินผลลัพธ์ที่มีความถูกต้องและปราศจากอคติได้มากขึ้น นอกจากนี้ ควรใช้รูปแบบการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อ เปรียบเทียบผลกระทบของโปรแกรมได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้โตขึ้น การศึกษาใน อนาคตควรประเมินผลของโครงการที่เป็นการวิเคราะห์ มูลค่าทางการเงินโดยศึกษาจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียที่สำคัญเพื่อให้สะท้อนความคุ้มค่าของการ ดำเนินโครงการนั้น นอกจากนี้ ควรมีการถอดบทเรียนการ ดำเนินงานและการวิจัยเพื่อเป็นการขยายผลของโปรแกรม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ของหน่วยงานบริการ สุขภาพปฐมภูมิในตำบลสะอาดนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์ จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาล น้ำพอง ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุศูนย์เอนกประสงค์ สถานบริการ สุขภาพในพื้นที่และโครงการ JICA ประเทศญี่ปุ่น เทศบาล ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุฯ ในพื้นที่ และขอขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในตำบลสะอาดที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ และคณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนในการวิจัย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office, Ministry of Technology and Communications. The 2015 countrywide household socio-economic survey. Bangkok: Ministry of Technology and Communications; 2016.
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Population projections for Thailand 2005 – 2025. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2006.
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai elderly in 2013. Bangkok: Amarin Printing; 2013.
4. College of Population Studies, Chulalongkorn University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai elderly in 2011. Bangkok: Pongpanich Chareonphol; 2012.
5. Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: A cluster randomized trial. CMAJ 2011; 183: e724-32

6. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Kasem sup V, Aekplakorn W, Leerapan B. Research to develop a long-term care system (Long-term care) For the elderly with dependency under the National Health Security System. Bangkok: Decemberry; 2018.
7. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Primary care cluster operation guidelines for service units. [online]. 2016. [cited May 12, 2021]. Available from: dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/PCC_Guideline.pdf
8. Sriwanitchakorn S. Primary health care; primary care system and family medicine. Definition, meaning and connection. Thai Journal of Primary Care and Family Medicine. 2009; 1: 11-25.
9. Macadam M. Frameworks of integrated care for the elderly : A systematic review [online]. 2008 [cited May 12, 2021]. Available from: www.cprn.org/documents/49813_EN.pdf
10. Tapasi W, Danpradit P, Rattanawijit S. Model of Elderly care service arrangement by community participation in Wang Taku subdistrict, Nakhon Pathom Province. Kuakarun Journal of Nursing 2017; 24: 42-54.
11. Vajragupta Y, Kunakornvong W, Phatchana P, Suriyanratakorn S. An effectiveness analysis of the long-term care plans in Udon Thani Province. Journal of Health Systems Research 2018; 12: 608-24.