

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม

ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง พ.บ.*, ชัยนุกา สมนศรี พย.ม.**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง รับผิดชอบดูแลประชากรในเขตอำเภอเมืองนครพนม ซึ่งพบว่าสถิติผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น สถิติในปี 2564 และปี 2565 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.71 และ 4.62 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.38 และ 0.56 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลระยะยาวตามแผนการดูแล ร้อยละ 85.02 และ 88.59 พบปัญหาผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านไม่สามารถเข้าถึงบริการระยะยาวในชุมชน ร้อยละ 12.46 และ 23.28 ซึ่งอาจส่งผลเสียให้การฟื้นฟูสภาพล่าช้า เกิดทุพพลภาพ และพึ่งพิงสูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว (Family caregiver : FCG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Case manage : CM) เขตอำเภอเมืองนครพนม เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครพนม ขั้นตอนของการพัฒนาใช้ปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ของ Kemmis & McTaggart คือ 1) Planning-P 2) Action -A 3) Observation-O และ 4) Reflection-R เมื่อครบวงจรจะปรับปรุงแผนนำไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างตุลาคม 2565 ถึง มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired sample t-test

ผลการศึกษา : ระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในบริบทของหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนมถูกพัฒนาขึ้น และเมื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการ 1) ด้านผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไม่แตกต่างทางสถิติจากก่อนพัฒนา แต่ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงดีขึ้น และแตกต่างกับก่อนการพัฒนาระบบบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) 2) ด้านครอบครัว (FCG) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียด และภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนการใช้ระบบบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ 3) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผลการทดสอบความรู้หลังการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และความพึงพอใจของผู้ดูแลจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) อยู่ในระดับดีมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.47 ± 0.41

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ได้ผลลัพธ์ที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ตรงตามความต้องการ รวดเร็วทันเวลา ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ชะลอภาวะพึ่งพิง ด้วยกระบวนการทำงานที่เป็นเครือข่ายและมีการนิเทศติดตามผู้ป่วยระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ท้ายที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ จึงควรขยายระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวใช้ในทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน

คำสำคัญ : ระบบบริการผู้ป่วยระยะยาว ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยบริการปฐมภูมิ

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม

**กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม

Corresponding Author: Chatyapa Somsri E-mail: nursingcomu@gmail.com

Received: 31 July 2024

Revised: 16 December 2024

Accepted: 17 December 2024

DEVELOPMENT OF A LONG-TERM PATIENTS SERVICE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN THE COMMUNITY PRIMARY CARE UNIT NAKHON PHANOM HOSPITAL NETWORK

Khwanchai Prasertying M.D.*, Chatyapa Somsri M.N.S.**

ABSTRACT

BACKGROUND: Nakhon Phanom Hospital is a 345-bed general hospital responsible for the population in Mueang Nakhon Phanom District. It found that the statistics of the elderly and elderly with chronic diseases were increasing. In 2021-2022, the data showed the homebound elderly was 2.71 and 4.62%, the bedridden elderly was 0.38, 0.56%, the dependent elderly receiving care as long-term care plan was 85.02, 88.59%, the elderly with having the problem in the transitional period not being able to access long-term services in the community was 12.46 and 23.28%, respectively. These causing might result in delayed rehabilitation, increased disability, and increased dependence.

OBJECTIVE: To development of a long-term patient service system for the elderly in the community, and to study the results of developing a long-term patient service system for the elderly in the community, primary care units, Nakhon Phanom Hospital Network.

METHODS: This is action research. The sample group includes dependent elderly people, primary caregivers (Family caregivers: FCG), caregivers (CG), and case managers (CM) in Mueang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Hospital Service Network. The development process uses the 4 steps of Kemmis & McTaggart as follows: 1) Planning-P 2) Action -A 3) Observation-O and 4) Reflection-R. When the cycle is complete, the plan will be improved and implemented. Data collection was conducted between October 2022 and January 2024. Data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with paired sample t-test.

RESULTS: The long-term elderly service system for the elderly in the community in the context of the primary care unit of Nakhon Phanom Hospital Network was developed. The results of this developing service system showed that 1) The elderly part: After using the developed service system, ADL score increased and it showed no significant difference in the bedridden elderly, but it was significantly different in the homebound elderly. The overall quality of life of the elderly, both the bedridden elderly and homebound elderly group was significantly higher than before the development of the service system ($p < 0.001$). 2) The family caregiver (FCG) found that the average score of stress and burden in caring for long-term patients for caregivers was significantly lower than before using the service system ($p < 0.001$). 3) The service provider found that the knowledge test after training in long-term care skills for caregivers (CG) was significantly higher than before training ($p < 0.001$) and the satisfaction of caregivers managing the elderly (CM) was found to be at the very best level with an average of 4.47 (S.D.= ± 0.41).

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Developing a long-term patient service system for the elderly in the community showed the better result than before service. This developed service allows the elderly to receive health problem resolution quickly and in time, receive rehabilitation, prevent complications, and delay dependency with a networked work process and continuous supervision and monitoring of long-term patients. Ultimately, they have a good quality of life according to their potential. The long-term patient service system should be expanded to all disease groups and all age groups, using the participation of networks in the community.

KEYWORDS: Long-term care system, elderly, dependent elderly, primary care unit

* Social Medicine Division, Primary Service Mission Group, Nakhon Phanom Hospital

** Community Nursing Work Group, Primary Service Mission Group, Nakhon Phanom Hospital

Corresponding Author: Chatyapa Somsri E-mail: nursingcomu@gmail.com

Received: 31 July 2024

Revised: 16 December 2024

Accepted: 17 December 2024

ความเป็นมา

จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางประชากร สังคมเริ่มมีการเปลี่ยนถ่ายเข้าสู่วัยสูงอายุ บางประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) มาตั้งแต่ปี 2548 ในปี 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว 1 ใน 6 ของประชากรไทย ถือเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์¹ คาดว่า ภายในปี 2566 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สูงถึง ร้อยละ 20.10 ของประชากรทั้งหมด² และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ในปี 2583 คาดว่า จะมีประชากรสูงอายุค่าสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30.00 ของประชากรทั้งหมด³ การเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ มีผลกระทบกับจำนวนแรงงานในตลาด เมื่อวัยแรงงานลดลง เพราะเศรษฐกิจไทยพึ่งพาการใช้แรงงานสูง ทำให้ต้องพึ่งแรงงานข้ามชาติหลายล้านคน เพื่อพยุงประเทศให้มีการเติบโตทางเศรษฐกิจต่อไป การที่สังคมมีผู้สูงอายุที่มากขึ้น ส่งผลต่อความถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและสมองมีการเสื่อมลงตามวัย ความเสื่อมถอยย่อมทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จากที่ทำได้ด้วยตนเอง เป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่สามารถทำได้เลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยอง ๆ⁴ สิ่ง que ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุข เกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม⁵ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมการด้านสาธารณสุขและสังคมที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง บางรายติดบ้าน ติดเตียง ขาดผู้ดูแล

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้อย่างจำกัด มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ให้ได้รับการตรวจรักษา ระบบบริการสาธารณสุขและบริการ ในอดีตอยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้น การเตรียมความพร้อมระบบบริการสาธารณสุขต้องมีการปรับเปลี่ยนจากเดิมที่เคยตั้งรับผู้มารับบริการ มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงรุก สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ ความสำคัญและเตรียมความพร้อมให้เพียงพอเมื่อประชาชนมีอายุที่ยืนยาวขึ้น สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย คาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ ต้องการดูแล หรือต้องการนักบริบาล (caregivers) ไม่ว่าจะ เป็นญาติพี่น้อง หรืออาสาสมัครท้องถิ่น จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี อยู่ที่หลักหลายแสนคน ซึ่งถ้าจะต้องหาผู้บริบาลมาดูแลอย่างเต็มเวลาจะต้องใช้งบกว่าสี่หมื่นล้านบาทต่อปี⁶ การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงนี้รวมเรียกกันว่า ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ใช้รูปแบบที่เรียกว่า Community Based long term care เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากจากภาวะเจ็บป่วย การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มบุคคลนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁷ ดังนั้นการดูแลระยะยาวจึงมีความสำคัญในการให้บริการผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถช่วยฟื้นฟูให้กลับมาพึ่งตนเองได้อีกครั้ง และมีความมากน้อยตามข้อจำกัดของแต่ละคน

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 345 เตียง รับผิดชอบดูแลประชากรในเขตอำเภอ เมืองนครพนม ซึ่งมีสถานบริการพยาบาลที่เป็นเครือข่าย โรงพยาบาลนครพนมมีจำนวนทั้งสิ้น 25 รพ.สต. 3 PCU พบสถิติผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2564 – 2565 มีจำนวน 16,465 และ 17,077 ราย⁸ ตามลำดับ และจากสถิติรายงานการตรวจคัดกรองภาวะ สุขภาพในผู้สูงอายุ พบปัญหาในผู้สูงอายุ ได้รับการ วินิจฉัยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในแต่ละปี ในปี 2564 และ 2565 พบผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ร้อยละ 2.71 และ ร้อยละ 4.62 ผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.38 และ ร้อยละ 0.56 ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลระยะยาวตามแผนการดูแล (Care Plan) ร้อยละ 85.02 และ ร้อยละ 88.59 พบปัญหา ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ระยะยาวในชุมชน ร้อยละ 12.46 และร้อยละ 23.28 ตามลำดับ ยังพบผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการส่งต่อการ ดูแลสู่ชุมชน ส่งผลให้การเชื่อมโยงบริการขาดช่วง ผู้สูงอายุระยะยาวไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่า เทียม และล่าช้ากว่าจะเข้าระบบบริการระยะยาว เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิใน ชุมชน ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพล่าช้า ทพพลภาพ และพึ่งพิง สูงขึ้น ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายด้าน สาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ เพื่อ รองรับสังคมผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม เพื่อเชื่อมโยง การบริการอย่างไร้รอยต่อ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชะลอภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วน หน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างเครือข่ายบริการการ ดูแลระยะยาว และสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน สู่ “สังคมไทยสังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” ผู้สูงอายุมี

คุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคม และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่าย โรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วย บริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาล นครพนม การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด การวิจัย เชิงปฏิบัติการ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยระยะยาว หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม ผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมของทีม นำมากำหนด เป็นแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติจริง ติดตามผล การดำเนินงานเป็นระยะ ใช้กลไกของการพัฒนา คุณภาพ เป็นตัวขับเคลื่อนต่อเนื่อง ขั้นตอนการ ดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษา ข้อมูลย้อนหลังจากรายงาน สถิติต่าง ๆ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาของการดูแลผู้ป่วย ระยะยาว ศึกษาการดำเนินงานเครือข่าย วิเคราะห์ ข้อมูลตามประเด็นสำคัญของระบบต่าง ๆ

ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการพัฒนา นำประเด็นที่ เป็นปัญหาจากการวิเคราะห์มาสะท้อน ชี้แจงในการ ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ทีมร่วมคิดและวางแผน ตามประเด็นปัญหาที่วิเคราะห์ ได้ หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์ตัดสินอาศัยข้อมูลจากผลการ ปฏิบัติ และมาตรฐาน ในขั้นตอนนี้ใช้ปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart⁹ ประกอบด้วย

การวางแผน (Planning-P) การปฏิบัติตามแผน (Action-A) การสังเกตการณ์ (Observation-O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ประเมินผล (Reflection-R) (แผนภูมิที่ 1) เมื่อครบวงจรจะพิจารณาปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลจากการประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน สถิติต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การเก็บข้อมูลดำเนินการเป็นระยะ ๆ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียงตาม ADL (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยในชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 347 คน และ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง จำนวน 37 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนที่แน่นอน (Finite Population) ใช้สูตรทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973 : 125)¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL 5-11) กลุ่มติดบ้านจำนวน 185 ราย ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก (Lottery) และการใช้ตารางเลขสุ่ม (Random Table) จนครบจำนวนที่ต้องการ (185ราย) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มติดเตียง (ADL0-4) 37ราย แบบเจาะจงรวมการศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 222 รายโดยทุกรายทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. ครอบครัว (Family Care giver) จำนวน 222 คน โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

3. หน่วยบริการ

- 3.1 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวน 34 คน เลือกแบบเจาะจงดำเนินการระหว่างตุลาคม 2565 ถึง มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ครบระยะเวลาตลอดการศึกษา

- 3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 163 คน ในเครือข่าย 25 และ 3 PCU รพสต.โดยเฉลี่ยหน่วยบริการละ 5-6 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีวิธีการจับฉลาก (Lottery) และการใช้ตารางเลขสุ่ม (Random Table) การจับฉลาก โดยการเขียนชื่อมาทำฉลากแล้วหยิบจนครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละหน่วยบริการได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 75 คน

เกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา

คือ ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

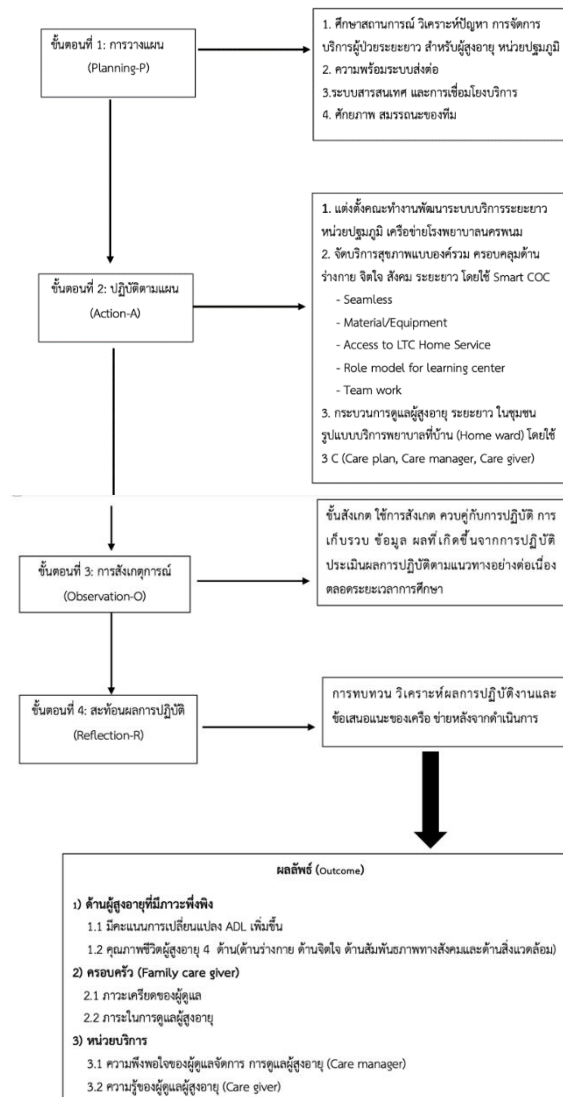
คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถร่วมวิจัยได้จนสิ้นสุดการศึกษา

นิยามศัพท์

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพและความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน ป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้โดยประชาชนมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วย 25 รพ.สต. 3 PCU

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง หมายถึงการดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ ทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลูก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร รวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีค่าคะแนน ADL ระหว่าง 0-4 คะแนน กลุ่มติดบ้าน มีค่าคะแนน ADL ระหว่าง 5-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

การดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (Independent ADL) ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหาร การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรมใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น

1. ด้านผู้สูงอายุ

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ⁴

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน WHOQOL-BREF-THAI¹¹ ลักษณะคำตอบเป็น Rating Scale 5 ระดับ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9 และ 10) แต่ละข้อคะแนนเต็ม 5 คะแนน และต่ำสุด 1 คะแนน การแปลผลคุณภาพชีวิตโดยรวม 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 26-60 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 96-130 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแบบประเมินมี จำนวน 26 ข้อ มีการแปลผลแยกย่อยองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสุขภาพกาย ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24 การแปลผล คะแนน 7-16 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 17-26 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 27-35 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ด้านจิตใจ ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23 การแปลผล คะแนน 6-14 แสดง ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 15-22 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 23 -30 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ข้อ 13, 14 และ 25 การแปลผล คะแนน 3 - 7 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 8 - 11 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 12 -15 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 การแปลผล คะแนน 8 - 18 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 19 -29 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 30 - 40 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ด้านครอบครัวผู้ดูแลหลัก (Family Care giver: FCG) แบบประเมินที่ใช้ ได้แก่

2.1 แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Caregiver Strain Index: CSI) ของขวัญตา บุญวาศ, อิศารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และ นิมิตรตารา แว¹² เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและ/หรือปัญหาที่ผู้ดูแลประสบในการดูแล เป็นแบบเลือกตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ แปลผล 3 ระดับ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ ระดับสูง

2.2 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้ดูแล ของชญชิตา คุชฎี ทูลศิริ, รัชนิ สรรเสริญและวรรณรัตน์ ลาวัณ¹³ ลักษณะคำตอบเป็น Rating Scale 5 ระดับ แปลผล 4 ระดับ 1) ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย 2) มีภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง 3) มีภาระปานกลางถึงมาก 4) มีภาระอย่างมาก

3. ด้านผู้ให้บริการ

3.1 แบบประเมินความพึงพอใจของ ผู้ดูแลจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) ลักษณะคำตอบเป็น Rating Scale 5 ระดับ มีทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1-1.8 พึงพอใจน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.9-2.6 พึงพอใจน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.7-3.4 พึงพอใจปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.5-4.2 พึงพอใจมาก และ คะแนนเฉลี่ย 4.3-5.0 พึงพอใจมากที่สุด วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) เป็นข้อคำถามวัดความรู้แบบเลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์และริชาร์ดสัน KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80 ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบเก็บข้อมูล ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม 1.ด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินคะแนนการเปลี่ยนแปลง ADL และคุณภาพชีวิต 4 ด้าน 2.ครอบครัว (family care giver) ประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลและภาระในการดูแลผู้สูงอายุ และ 3.หน่วยบริการ ประเมินความพึงพอใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) และความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูล คะแนนการเปลี่ยนแปลง ADL คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ภาวะเครียดของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ดูแลจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) รายข้อโดยการหาค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน Paired samples t-test

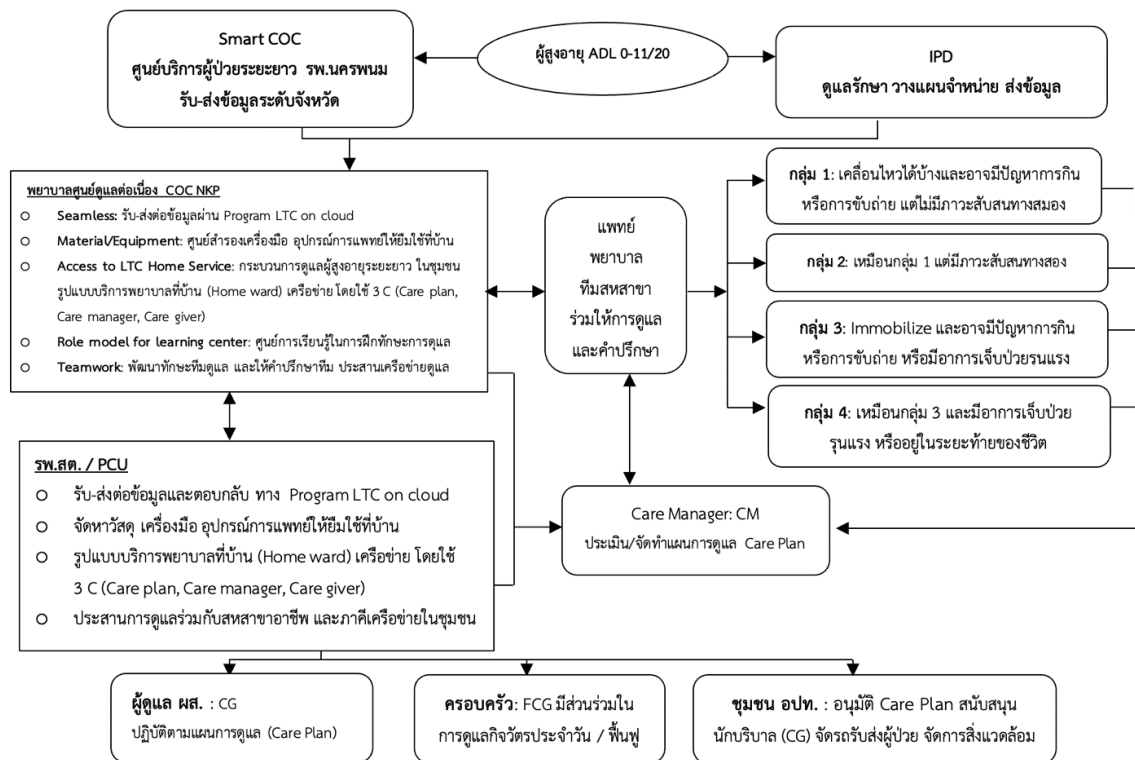
การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.44/2565 ต่ออายุ 2 ครั้ง

ผลการศึกษา

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม ออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ PAOR จำนวน 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Planning-P) การปฏิบัติตามแผน (Action-A) การสังเกตการณ์ (Observation-O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ประเมินผล (Reflection-R) ได้ระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม โดยพัฒนาเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนผ่าน Smart COC ที่ประกอบด้วย 1) Seamless รับส่งต่อข้อมูลผ่าน Program LTC on cloud และ Line OA 2) Material / Equipment พัฒนาศูนย์สำรองเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ให้ยืมใช้ที่บ้าน 3) Access to LTC Home Service พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนรูปแบบบริการที่บ้าน (Home Ward) และ Tele-Medicine, Tele-Health โดยใช้ 3C (Care Plan, Care manager, Care Giver) 4) Role model for learning center พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ในการฝึกทักษะการดูแล 5) Team work พัฒนาทักษะทีมดูแลประกอบด้วย ผู้ดูแลจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และให้คำปรึกษา ประสานเครือข่ายการดูแล (แผนภาพที่ 2)

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม



แผนภูมิที่ 2 ระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนมที่พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม

ด้านผู้สูงอายุ : ข้อมูลทั่วไปพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.60 อายุเฉลี่ย $75.1 \pm S.D.=8.20$ ปี ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.00) รองลงมาอันดับ 2 ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด (ร้อยละ 20.30) ระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.70) 2 – 3 ปี

หลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ไม่แตกต่างจากก่อนพัฒนา ($p=0.002$) แต่ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ผู้สูงอายุ ก่อน และหลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
กลุ่มติดเตียง				
ก่อนการพัฒนาระบบบริการ	2.57	± 0.83	-3.18	0.002
หลังการพัฒนาระบบบริการ	2.68	± 1.05		
กลุ่มติดบ้าน				
ก่อนการพัฒนาระบบบริการ	8.67	± 1.08	-13.73	<0.001*
หลังการพัฒนาระบบบริการ	10.11	± 1.35		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการคุณภาพชีวิต พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ($\bar{X} = 49.50$, S.D.= ± 0.63) และหลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ($\bar{X} = 54$, S.D.= ± 0.61) ซึ่งสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อแยกรายด้านพบว่า ก่อนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 7.95$, S.D.= ± 0.59) หลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อแยกรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 9.05$, S.D.= ± 0.58) ด้านสิ่งแวดล้อมระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 19.82$, S.D.= ± 0.61) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำแนกตามรายด้านตามแบบสอบถาม ก่อน และหลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (n=37)

คุณภาพชีวิต	ก่อน		ระดับคุณภาพชีวิต	หลัง		ระดับคุณภาพชีวิต	t	p
	($\bar{X}$)	$\pm$ S.D.		($\bar{X}$)	$\pm$ S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	11.18	± 0.58	ไม่ดี	12.29	± 0.46	ไม่ดี		
ด้านจิตใจ	12.77	± 0.69	ไม่ดี	13.84	± 0.71	ไม่ดี		
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.95	± 0.59	กลางๆ	9.05	± 0.58	กลางๆ		
ด้านสิ่งแวดล้อม	17.69	± 0.66	ไม่ดี	19.82	± 0.70	กลางๆ		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	49.50	± 0.63	ไม่ดี	54.00	± 0.61	ไม่ดี	-9.71	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบบริการคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 62.40$, S.D.= ± 0.64) เมื่อแยกรายด้านพบว่า คะแนนระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 8.98$, S.D.= ± 0.65) หลังการพัฒนาระบบบริการ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 54.00$, S.D.= ± 0.61)

เมื่อแยกรายด้านพบว่าระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ($\bar{X} = 9.97$, S.D.= ± 0.64) ระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด ด้านสิ่งแวดล้อมระดับคุณภาพชีวิตดี ($\bar{X} = 31.02$, $\pm$ S.D.= 0.91) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยรวม หลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกตามรายด้านตามแบบสอบถาม ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน (n=185)

คุณภาพชีวิต	ก่อน		ระดับคุณภาพชีวิต	หลัง		ระดับคุณภาพชีวิต	t	p
	($\bar{X}$)	±S.D.		($\bar{X}$)	±S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	13.49	±0.69	ไม่ดี	19.04	±0.66	กลาง ๆ		
ด้านจิตใจ	17.89	±0.60	กลาง ๆ	19.08	±0.56	กลาง ๆ		
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.98	±0.65	กลาง ๆ	9.97	±0.64	กลาง ๆ		
ด้านสิ่งแวดล้อม	22.1	±0.65	กลาง ๆ	31.02	±0.91	ดี		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	62.40	±0.64	กลาง ๆ	73.10	±0.69	กลาง ๆ	-21.07	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ด้านครอบครัว: ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลหลัก (FCG) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.20 อายุเฉลี่ย 42.7 ± 12.8 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 26.10 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 22.50 และน้อยที่สุด ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 0.90 อาชีพ ส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 50.00 รองลงมา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.60 น้อยที่สุดไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 4.50 สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 50.90 รองลงมา โสด ร้อยละ 22.10 รายได้เฉลี่ย 14,513.20 บาท ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามเณร/ภรรยา ร้อยละ 53.20 รองลงมา บุตร ร้อยละ 27.00

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา เฉลี่ย 2.04 ± 1.74 ปี เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวันเฉลี่ย 7.52 ± 2.98 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.90 ระดับความเครียดของผู้ดูแลหลัก (FCG) พบว่า หลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนมีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.14 ระดับต่ำ ร้อยละ 31.08 ระดับสูง ร้อยละ 24.78 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FCG) พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ต่ำกว่า ก่อนการพัฒนาระบบบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FCG) ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (n=222)

ความเครียด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	P
ก่อนการพัฒนาระบบบริการ	7.41	±0.90		
หลังการพัฒนาระบบบริการ	5.91	±0.54	-19.15	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของผู้ดูแลหลัก (FCG) พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของผู้ดูแลหลัก (FCG) หลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อันดับ 1 มีภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 38.29 อันดับ 2 มีภาระปานกลางถึงมาก ร้อยละ 31.08 อันดับ 3 มีภาระอย่างมาก

ร้อยละ 7.66 และไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย ร้อยละ 22.97 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของผู้ดูแลหลัก (FCG) หลังพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ต่ำกว่าก่อนการพัฒนายามี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของผู้ดูแลหลัก (FCG) ก่อน และหลัง พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (n=222)

ความเครียด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	P
ก่อนการพัฒนาระบบบริการ	41.99	± 8.07	8.98	<0.001
หลังการพัฒนาระบบบริการ	35.59	± 9.01		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ด้านหน่วยบริการ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง มีคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่า ก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) .ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.20 อายุเฉลี่ย 36.30 ± 6.22 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 88.20 มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด 7-9 ปี ร้อยละ 32.30 รองลงมา 4-6 ปี ร้อยละ 26.50 เฉลี่ย 6.02 ± 3.26 ปี คะแนน

ความพึงพอใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ต่อระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เฉลี่ย 4.47 ± 0.41 เมื่อแยกรายข้อพบว่า พึงพอใจมากที่สุด อันดับ 1 การประสานการทำงานเป็นทีม เฉลี่ย 4.73 ± 0.44 อันดับ 2 การใช้ความรู้ความสามารถของทีมในการดูแลผู้ป่วย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล เฉลี่ย 4.58 ± 0.49 น้อยที่สุดเรื่องความเหมาะสมในการนำไปใช้ เฉลี่ย 4.08 ± 0.45 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนมต่อระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (n=34)

รูปแบบบริการ	จำนวนที่ตอบระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)					การแปลผล		
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ระดับ	($\bar{x}$)	$\pm S.D.$
ความเหมาะสมในการนำไปใช้	5 (14.70)	27 (79.40)	2 (5.90)	0	0	มาก	4.08	± 0.45
ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ	14 (41.20)	19 (55.90)	1 (2.90)	0	0	มากที่สุด	4.33	± 0.55
เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ	15 (44.10)	19 (55.90)	0	0	0	มากที่สุด	4.44	± 0.50
ประสานการทำงานเป็นทีม	25 (73.50)	9 (26.50)	0	0	0	มากที่สุด	4.73	± 0.44
การใช้ความรู้ความสามารถของทีมในการดูแลผู้ป่วย	20 (58.80)	14 (41.20)	0	0	0	มากที่สุด	4.58	± 0.49
เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล	20 (58.80)	14 (41.20)	0	0	0	มากที่สุด	4.58	± 0.49
ความพึงพอใจโดยรวม						มากที่สุด	4.47	± 0.41

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการ ผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในบริบทของหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการฯ สรุปได้ว่า

ด้านผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไม่แตกต่างทางสถิติจากก่อนพัฒนา แต่ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงดีขึ้น และแตกต่างกับก่อนการพัฒนากระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ด้านครอบครัว (FCG) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียด และภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนการใช้ระบบบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผลการทดสอบความรู้หลังการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความพึงพอใจของผู้ดูแลจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) พบว่า อยู่ในระดับดีมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.47 ± 0.41

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนครพนม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง อาศัยกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม ในการออกแบบกิจกรรม เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนผ่าน Smart COC เป็นผลให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่าย ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปในแนวเดียวกันง่ายต่อการติดตามและดูแลอย่างทั่วถึง ส่วนผลลัพธ์

ของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ภายหลังการพัฒนา ในกลุ่มติดบ้านมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) สูงขึ้น ย่อมแสดงให้เห็นว่าระบบบริการที่ให้นั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของยศ วัชรคุปต์และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของบริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่าการให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันด้วยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะไม่สามารถไปไหนได้ กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ต้องอาศัยผู้ดูแลทั้งหมด ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมกลาง ๆ และระดับดีในด้านสิ่งแวดล้อม อธิบายได้ว่า ภายหลังได้รับการดูแลที่ดี ต่อเนื่องสม่ำเสมอจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับการดูแลการแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนาโดยรวม อยู่ในระดับไม่ดี ด้วยลักษณะของผู้ป่วยที่ติดเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง เมื่อพิจารณาทางด้านจะพบว่า ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีระดับกลางๆ แสดงให้เห็นว่าครอบครัว สังคม มีความเข้าใจความต้องการของในผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เอื้อต่อการดูแล และอยู่อาศัยด้านครอบครัว ระดับความเครียดหลังการพัฒนาลดลง

การศึกษาของกัญนิกา อยู่สำราญและคณะ¹⁵ ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุต่ำกว่า 60 ปี อายุเป็นเงื่อนไขภายใน บุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีโอกาส ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และยังได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ด้านภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาคิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระน้อยกว่า ก่อนการพัฒนา อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจ มีการจัดสรรเวลา สำหรับผู้ป่วยและตนเองได้ดีขึ้น ไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี แดงวงศ์ , กัลป์กร แก้วฉัตร และกฤษณาริ แยมเพ็ง¹⁶ ศึกษาภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม พบว่าภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง แสดงให้เห็นว่า การที่มีครอบครัว มีทีมดูแลผู้สูงอายุ ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยลดภาระและผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัวได้ ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมในการพัฒนาระบบบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด สามารถนำไปใช้ได้จริงมีความง่ายและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลระยะยาวตามแผนการดูแล (Care Plan) สูงขึ้นจาก ร้อยละ 88.59 ในปี 2565 เป็น ร้อยละ 93.45, 98.26 ในปี 2566 – 2567 ตามลำดับ และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการระยะยาวในชุมชน ร้อยละ 96.82 ในปี 2566 และ ร้อยละ 99.11 ในปี 2567 ทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพที่ถูกต้องรวดเร็วตรงตาม

ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยทีมสหสาขาอาชีพและเครือข่ายในชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ชะลอภาวะพึ่งพิง คงสภาพไว้ ทำยที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลหลักผลการวิจัยจึงไม่สามารถเทียบแทนกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวนี้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงตามความต้องการ รวดเร็วทันเวลา ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ชะลอภาวะพึ่งพิง ด้วยกระบวนการทำงานที่เป็นเครือข่าย มีการนิเทศติดตามผู้ป่วยระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จึงควรขยายระบบบริการผู้ป่วยระยะยาวใช้ในทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้อย่างเป็นระบบ และมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาเป็นระยะ ๆ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ที่สนับสนุนให้ทำวิจัยในครั้งนี้ และผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลนครพนมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ไปด้วยดี

References

1. Kasemsap W. Is Thailand ready? With the step towards a completely aging society. [internet]. Nakhon Pathom: General Administration Division; 2021[cited 24 June 2023]. Available from: <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-22-2/>
2. Office of the National Economic and Social Development Council. National economic and social development plan no. 13 (2023-2027). Bangkok; 2022.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly in 2019. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020.
4. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guide screening and assessment of older people. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2014.
5. Darikarnlert L. Integrated care for the elderly in the community: Part 1: Situation and needs for caring for the elderly in the community. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development, mahidol University; 2012.
6. Chandoeuwit W, Watcharakupt Y. Long-term care insurance system: a system suitable for Thailand. [internet]. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2017 [cited 20 June 2023]. Available from: https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2017/12/OldAge_Insure_system_optimise.pdf
7. National Health Security Office (NHSO). Guide to the long-term health care system for the elderly who are dependent (Long Term Care) in the National Health Insurance System, fiscal year 2016. Bangkok; 2016.
8. Medical records and statistics Nakhon Phanom Hospital. Summary of patient statistics 2021-2022. Nakhon Phanom: Nakhon Phanom Hospital; 2022.
9. Chatakarn W. Action research. Suratthani Rajabhat Journal. 2015;2(1):29-49.
10. Yamane Taro. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper. & Row; 1973
11. WHOQOL-BREF-THAI. Project to develop a ready-made program for surveying mental health in the area. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 2002.
12. Boonvas K, Supanunt T, Chunhabordee A, Wae N. Caregiver stress and needs in caring disabled. Journal of the Southern Nursing and Public Health College Network. 2017;4(1):205-16.
13. Toonsiri C, Sonsern R, Lawang W. Development of a care burden measurement scale for caregivers of chronically ill patients. Journal of Nursing and Education. 2011;4(1):62-75.
14. Watcharakupt Y, Kunakornvong W, Phatchana P, Suriyanratakorn S. An effectiveness analysis of the long-term care plans in Udonthani province. Journal of Health Systems Research. 2017;12(4): 608-24.
15. Yoosamran K, Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(1):1-16.

16. Tangwong S. Caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly in Nakhon Pathom province. Christian University of Thailand Journal. 2016;22(3):352-65.