

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ดิลก อ่อนลา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (ศศ.ม.)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา 2) พัฒนาระบบ LTC และ 3) ประเมินผลระบบ LTC กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 38 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบ LTC เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2564 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบทีแบบจับคู่ แมกนีมาร์ และไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาระบบ LTC ประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ 2) ระบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ระบบการเยี่ยมบ้าน และ 4) ระบบการเตือน การนำระบบ LTC สู่อำนาจปฏิบัติส่งผลให้การจัดทำ care plan เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (94.5%, 89.9%, $p=0.005$) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (58.3%, 37.5%, $p<0.001$) และกลุ่มติดเตียง (50.0%, 20.8%, $p<0.001$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุประบบ LTC ที่พัฒนาขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้บริหารจึงควรนำระบบ LTC ที่พัฒนาขึ้นขยายผลให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบูรณ์

คำสำคัญ: ระบบการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยและพัฒนา

The Development of Long-term Care System for the Dependent Elderly in Community of Muang District at Phetchabun Province.

Dilok Onla Master of Arts Program in Social Development (M.A.)

Mueang Phetchabun District Public Health Office, Phetchabun province

Abstract

This research and development aimed to develop the long-term care (LTC) system for the dependent elderly in the community of Muang district at Phetchabun province. The study was divided into 3 phases including; phase 1: the study of contextual and problems; phase 2: LTC system development and phase 3: evaluation of the developed-LTC system. The sample consisted of 38 caregivers and the elderly with dependency conditions that were divided into 2 groups, namely the pre-period group and the post-period group of LTC system development. The research tool consisted of caregiver knowledge assessment form, skills assessment form, and Barthel ADL index form. Data were collected from October 2019 to September 2021. The statistics used to analyze data include number, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, McNemar test, and Chi-square test. The results showed that the developed- LTC system consisted of 4 systems including; 1) Quality Care plan preparation system 2) Elderly caregiver development system 3) Home visiting system and 4) Trigger monitoring system. After the implementation of the developed LTC system, the care plan preparation increased statistically significantly (94.5%, 89.9%, $p=0.005$). Importantly, the elderly in the homebound group (58.3%, 37.5 %, $p<0.001$) and the bed-ridden group (50.0%, 20.8%, $p<0.001$) was statistically significantly lower than before the LTC development. In conclusion, the developed LTC system increases the effectiveness of optimizing care for the elderly with dependency. Therefore, the administrators should be extended to the developed-LTC system to cover all districts in Phetchabun province.

Keywords: Long-term care system, dependency elderly, research and development

บทนำ

ในสังคมโลกปัจจุบันกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ปี พ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งสังคมผู้สูงอายุที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก¹ ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)² สำหรับในประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุ 6.7 ล้านคน สำหรับปี 2563 ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 12 ล้านคน หรือร้อยละ 18 และจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2565³ และคาดการณ์ว่าประมาณปี 2578 จะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30⁴ ผลกระทบตามมาที่สำคัญคือ แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจนและต้องการการดูแลจำนวนมาก จากรายงานสถานะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 18.8 มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และร้อยละ 4.7 ต้องมีคนดูแลในการเดิน หรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านและที่พักอาศัย นอกจากนี้ร้อยละ 0.9 ต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกหรือเคลื่อนย้ายได้ และร้อยละ 6.9 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตน ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการผู้ดูแลจึงเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือผู้สูงอายุร้อยละ 8 หรือประมาณ 8 แสนคนที่อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง⁴ ในขณะเดียวกันความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต⁵ ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการบริการดูแลแบบ ต่อเนื่องและครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ⁶

ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในลักษณะตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีข้อจำกัด มักเป็นในรูปแบบของการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว และไม่ต่อเนื่องแม้ว่ารัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมรับสถานการณ์สังคมสูงวัยมาอย่างต่อเนื่อง โดยนำแนวคิดเรื่องระบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ซึ่งเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่มีหลักการเน้นให้ภาครัฐบูรณาการการทำงานร่วมกับครอบครัว และชุมชนมาใช้ในการจัดระบบบริการเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข⁷ โดยมีหลักการสำคัญในการจัดการบริการการดูแลระยะยาว ได้แก่ 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุน 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ

เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล และ 4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลัก ประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์จากการสำรวจประชากรทั้งหมด 995,102 คน มีผู้สูงอายุที่อยู่จริงในพื้นที่จำนวน 128,748 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 9,956 คน ร้อยละ 7.7 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 1,347 คน ร้อยละ 1.1 จากการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพปี 2562 พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่บรรลุเป้าหมายเพียงร้อยละ 27.9⁸ ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ การคัดกรองระบบสุขภาพของผู้สูงอายุตามการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ไม่ครอบคลุมและไม่ทันเวลา เกิดความล่าช้าในการวางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง และการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหามาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีในขณะที่จำนวนบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการผู้สูงอายุมีจำนวนจำกัดไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเพียงการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า เช่น การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การประเมินความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) การรักษาอาการปวดเรื้อรังของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงได้รับการดูแลสุขภาพที่เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายไม่เพียงแต่ทางทั้งระดับชุมชน เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหา และพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ระหว่างช่วงเวลาก่อนการอบรมและ 3 เดือนภายหลังการอบรม ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ ระดับคะแนนความสามารถของผู้สูงอายุ และ อัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่ของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินผล ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองจำนวน 24 แห่ง ระหว่าง เดือน มกราคม 2563 – กันยายน 2564

นิยามศัพท์

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจากผู้อื่น เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

- 1) การประเมินกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประเมินกิจวัตรประจำวันตามความสามารถที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index
- 2) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย หมายถึง การจัดลำดับในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อ ดูแลเฉพาะรายที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยมีการวางแผนจัดบริการดูแลอย่างเป็นระบบ ของบุคลากรและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านและในชุมชนมี แนวทางที่เป็นระบบ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยมีการขยายเครือข่ายบริการทั้งที่บ้านและในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
- 4) การประเมินผลการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และประเมินตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ในการจัดบริการเยี่ยมบ้าน ทั้งที่บ้านหรือในชุมชน ซึ่งมีการเฝ้าติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ
- 5) การปรับปรุงในการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ หมายถึง การสรุปผลการดำเนินงาน ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง เพื่อปรับปรุงแนวทางการให้บริการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดิแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท สภาพปัญหาของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ในการทบทวนข้อมูลระบบ LTC และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานระบบ LTC กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ข้อมูลรายงานผลการประเมินภาวะสุขภาพ และรายงานข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบ LTC ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี 2561-2562

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม เป็นคณะทำงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในระบบ LTC ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) คัดเลือกผู้แทน 1 คนจากกลุ่มเครือข่ายการดูแลในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวน 5 คน และ 3) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพื้นที่ 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยสะแก นาม นาวัว วังชมภู และชนไพร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2 ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ร่วมทบทวนในคณะทำงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง และพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้นำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Quality Care plan) 2) ระบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart CG (caregiver)) 3) ระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG และ 4) ระบบการเตือนการดำเนินงาน (Trigger monitoring)

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบ LTC แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มในการพัฒนาระบบ LTC ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในการศึกษาระยะที่ 1 จำนวน 15 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาศักยภาพเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart Care giver: Smart CG) ตามหลักเกณฑ์ของหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนด effect size = 0.4, power = 0.8, $\alpha = 0.05$ ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และเพิ่มจำนวนร้อยละ 20 ป้องกันการ drop out จำนวน 40 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการอบรมจำนวน 40 คน และ drop out จากภาวะการเจ็บป่วยจำนวน 2 คน จึงศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 25 ปีขึ้นไปและปัจจุบันเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เป็น Care giver ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 มากกว่า 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่ผ่านการอบรมฟื้นฟูทักษะ Care Give ต่อเนื่องทุก 3 ปี 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมตลอดหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง

เกณฑ์การยุติ (Discontinuing criteria) ได้แก่ 1) ขาดการอบรมและไม่สามารถเข้ารับการอบรมทดแทนการขาดในครั้งนั้น ๆ ได้อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) มีภาวะเจ็บป่วยในระหว่างการอบรมและไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมต่อเนื่องได้

3 ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยนำระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นไปทดลองปฏิบัติและปรับปรุงเป็นเวลา 3 เดือนในเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2563 และนำไปปฏิบัติในเดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 กับ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือน ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงคะแนน ADL 0-4 คะแนน และกลุ่มติดบ้านคะแนน ADL รวม 5-11¹ คะแนน และ 2) ผู้สูงอายุที่สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) และ 2) ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระหว่างการศึกษา

เกณฑ์การยุติ (Discontinuing criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เกิดการเสียชีวิตในช่วงเวลาระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัยตามหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อคำถามประเมินความรู้จำนวน 30 ข้อ แบบเลือกตอบ ถูก ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบวัดนี้ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยการนำไปทดสอบใช้ จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ได้เท่ากับ 0.73 การผ่านการอบรมต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือได้คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป

2. แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมของกรมอนามัยตามหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและการประเมิน 9 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการให้ยาทางปาก การวัดสัญญาณชีพ การวัดความดันโลหิต การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ และการให้ออกซิเจน การประเมินโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ประเมินการฝึกทักษะ ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้คะแนน = 0 และปฏิบัติได้ถูกต้องได้คะแนน = 1 คะแนน แบบประเมินทักษะนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ได้เท่ากับ 0.70 การแปลผลการผ่านการอบรมต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 9 ทักษะ

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เป็นแบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹ ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า/แปรงฟัน การขึ้น/ลงเตียงและเก้าอี้การใช้ห้องสุขาการเคลื่อนไหวภายในห้อง/บ้าน การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 -20 คะแนน 2) กลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้บ้าง พิกัด หรือทุพพลภาพ คะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท สภาพปัญหาของระบบ LTC เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลจากรายงานในระบบ LTC โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการดำเนินงานในระบบ LTC ระยะเวลา 2 ปีในปี 2561-2562 และสนทนากลุ่ม (Focus group) 1 ครั้ง ในการรวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในระบบ LTC

2. ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 และสนทนากลุ่ม (Focus group) 2 ครั้ง ในการออกแบบพัฒนาระบบ LTC ประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ: Quality Care plan 2) ระบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ : Smart CG (caregiver) 3) ระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG และ 4) ระบบการเตือนการติดตามการดำเนินงาน: Trigger monitoring ภายหลังการออกแบบระบบ LTC นำไปทดลองใช้เป็นเวลา 3 เดือน เดือน กรกฎาคม-กันยายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามระบบ LTC ที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงแก้ไข และนำระบบ LTC ไปใช้ในการดำเนินงาน

3. ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติในเดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาทักษะเป็น Smart CG หลักสูตร 70 ชั่วโมง ประเมินความรู้ ก่อนการอบรม และประเมินหลังสิ้นสุดการอบรม สำหรับการประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุประเมินหลังสิ้นสุดการอบรม และติดตามประเมินหลังการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ 3 เดือน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินการจัดทำ care plan รายบุคคล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมิน ADL และการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วงเวลา กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเดือน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 กับ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือน ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีแจกแจงไม่ปกติ (non-normal distribution) ใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Interval หรือ Ratio scale) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันด้วยสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t-test) สำหรับตัวอย่างสุ่มที่มีการแจกแจงปกติ (normal distribution) และกรณีตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (Nominal หรือ Interval scale) วิเคราะห์ด้วยการทดสอบแมกนิมาร์ (McNemar test) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารการรับรอง IEC-28-2563 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิของอาสาสมัคร โดยยึดหลักการให้อาสาสมัครได้รับประโยชน์และได้รับความปลอดภัยสูงสุด

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

1.1 บริบทการจัดระบบบริการ LTC จังหวัดเพชรบูรณ์ประกอบด้วย 11 อำเภอ 117 ตำบล สถานบริการในรูปแบบของหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 153

แห่ง การดำเนินงานระบบ LTC ในรูปแบบของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบล ประกอบด้วยบุคลากรหลัก ได้แก่ 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศบาลตำบล 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 4) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และ 6) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยพื้นที่อำเภอเมืองมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 65 คน และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 267 คน รวม จำนวน 332 คน มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ CG ในการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบาย กรมอนามัย หลักสูตร 70 ชั่วโมง ปีละ 1 ครั้ง พัฒนา CG ใหม่ปีละ 30-50 คน

1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561-2563 จำนวน 30,717, 31,883 และ 33,254 ตามลำดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้รับการคัดกรองร้อยละ 81.4, 82.3, 76.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านคะแนน ADL 5-11 คะแนน ร้อยละ 2.08, 1.63 และ 2.53 ตามลำดับและกลุ่มติดเตียงคะแนน ADL 0-4 คะแนน ร้อยละ 0.46, 0.42 และ 0.56 ตามลำดับ การจัดทำ care plan ในปี 2561-2563 ร้อยละ 41.6, 73.6 และ 89.9 ตามลำดับ (ไม่ได้แสดงข้อมูล)

1.3 ปัญหาการดำเนินงานของระบบ LTC จากการสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน สาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting Unit for Primary Care หรือ CUP) ประจำปี 2562 ตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ กับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่บรรลุเป้าหมายเพียงร้อยละ 27.9 การคัดกรองระบบสุขภาพของผู้สูงอายุตามการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ไม่ทันเวลาในการบันทึกข้อมูลของระบบรายงานการคัดกรองที่เป็นประเด็นปัญหา เกิดความล่าช้า ในการวางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง กลุ่มเครือข่ายการดูแลในชุมชนแบบไม่เป็นทางการ ประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ยากไร้ และตัวแทนของ ชมรมผู้สูงอายุ ให้ความเห็นว่ายังขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและขาดการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และ ขวัญกำลังใจในการทำงาน นอกจากนี้กลุ่มผู้ดูแล มีความเครียด ขาดอุปกรณ์ในการดูแล มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง และผู้ดูแลมีความลำบากมากเมื่อต้องไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากอาศัยอยู่ในชุมชน การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไม่สะดวกและต้องเสียค่าเดินทาง สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ขาดแคลนบุคลากร บางครอบครัวไม่ยินยอมให้เข้าเยี่ยมบ้าน ขาดการประสานงานให้เยี่ยมบ้านในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิง และเครื่องมือ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ

2. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะทำงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร่วมกันออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้นำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการจัดทำ

แผนการดูแลผู้สูงอายุ (Quality Care plan) 2) ระบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart CG (caregiver) 3) ระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG และ 4) ระบบการเตือนการดำเนินงาน (Trigger monitoring) โดยนำเสนอการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เปรียบเทียบกับการดำเนินงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม (ตารางที่ 1)

3. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

3.1 การพัฒนาเป็น Smart CG (caregiver) ระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาเป็น Smart CG จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.5 อายุ 40-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 78.9 จบการศึกษาระดับมัธยมร้อยละ 34.3 และอาชีพเกษตรกรมากที่สุดร้อยละ 68.5 เป็นอาสาสมัคร (อสม.) ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น CG 1 ปี ร้อยละ 92.1 และทุกคนมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนกับหลังการอบรมในหลักสูตรการพัฒนาทักษะ Smart CG พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean= 26.3, 20.9, SD = 1.5, 2.7, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2) สำหรับทักษะการปฏิบัติกิจกรรมของ Smart CG พบว่าภายหลังการอบรม 3 เดือน Smart CG มีทักษะผ่านการประเมินคือร้อยละ 80 ขึ้นไปสูงกว่าภายหลังการอบรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ทักษะ คือ การให้ยาทางปาก (97.7%, 65.8%, $p < 0.001$) และ ทักษะการวัดความดันโลหิต (97.4%, 71.%, $p = 0.002$) แต่ทักษะการวัดสัญญาณชีพไม่แตกต่างกัน ($p = 0.125$) (ตารางที่ 3) สำหรับอีก 7 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ, การทำแผล dry dressing, การทำแผล wet dressing, การเช็ดตัวลดไข้, การให้อาหารทางสายยาง, การดูดเสมหะ และการให้ออกซิเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการประเมินได้คะแนนร้อยละ 80 ทุกคนทั้งภายหลังการอบรมทันทีและภายหลังการอบรม 3 เดือน (ไม่ได้แสดงข้อมูล)

ตารางที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เปรียบเทียบกับระบบที่ปฏิบัติอยู่เดิม

ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ปฏิบัติอยู่เดิม	การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)
1) การจัดการประชุมอบรม CG ให้เป็น CG ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรกรมอนามัย 70 ชั่วโมง 2) ไม่มีการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมจริง บนหอผู้ป่วย 3) ไม่มีการติดตามการปฏิบัติภายหลังการอบรมในระยะ 3 เดือนแรก	1. ระบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ Smart CG 1) การจัดการประชุมอบรม CG ให้เป็น CG ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรกรมอนามัย 70 ชั่วโมง 2) การฝึกทักษะปฏิบัติกิจกรรมบนหอผู้ป่วย เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หมุนเวียนฝึกทักษะการให้ยาทางปาก การวัดสัญญาณชีพ การทำแผล ฯลฯ โดยมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงฝึกการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย 3) มีการติดตามการปฏิบัติในชุมชนภายหลังการอบรม 3 เดือน เพื่อติดตามและสอน แนะนำให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care plan) 1) รพ.สต.ตำบลในเขตอำเภอเมือง 24 แห่ง มีการประเมิน ADL ผู้สูงอายุ 2) มี Care Manager: CM จัดทำ care plan แต่การจัดทำไม่ครอบคลุม และไม่ทันเวลา 3) ไม่มีการมอบหมายงานแบ่งการจัดทำ care plan ตามระดับคะแนน ADL ที่ชัดเจน	2. ระบบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ: Quality Care plan 1) กำหนดการประชุมระดมสมองสะท้อนข้อมูลปัญหาการจัดทำ care plan และการดำเนินงานตาม care plan เดือนละ 1 ครั้ง 2) มอบหมายให้ CG ในพื้นที่ คัดแยกประเภทผู้สูงอายุและจัดทำ care plan ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง และเสนอ care plan ให้กับ CM 3) กำหนดเวลาเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนให้จัดทำ care plan ภายใน 3 เดือน เดือน ตค.-ธันวาคม ของแต่ละปี มีระบบการเตือนการจัดทำ care plan ให้ครอบคลุม
1) การเยี่ยมบ้านของ CG มีการมอบหมายให้พยาบาลที่เป็น CM ติดตามการปฏิบัติงานและให้คำแนะนำ 2) CG ที่อบรมใหม่ที่ยังขาดทักษะไม่ได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ CG ไม่เพียงพอ	3. ระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG 1) การเยี่ยมบ้านของ CG มีการมอบหมาย CG ที่มีความสามารถสูงในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพี่เลี้ยง CG แบบประกบคู่ Buddy CG 2) มอบหมายการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบ Budd CG ทำให้ CG ใหม่ได้รับการมอบหมายงานให้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับ CG เดิมที่มีประสบการณ์และมีความสามารถ
1) การปฏิบัติงานของ CG จะรายงานผ่านระบบไลน์กลุ่ม เพื่อติดตามงาน มีการถ่ายภาพ การรายงาน ส่งเข้ากลุ่มไลน์ 2) ขาดการติดตาม ทำให้การรายงานผลการดำเนินงานไม่มีรูปแบบ ไม่ชัดเจน ทำให้รายงานล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง	4. ระบบการเตือนการดำเนินงาน (Trigger monitoring) 1) ใช้ระบบ กลุ่ม Line (ไลน์) กลุ่ม CG เตือน การดำเนินงาน การส่งเอกสาร การส่งรายงาน การทักข้อมูล และการอนุมัติ 2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ และเวลาที่ชัดเจนในการเตือนผ่าน Line group อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนกับหลังการอบรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการพัฒนาทักษะ Smart CG (n=38)

	Mean	SD	Mean difference	Paired t-test	p-value
คะแนนก่อนการอบรม	20.9	2.7			
คะแนนหลังการอบรม	26.3	1.5	5.4	-17.47	<0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างภายหลังการอบรมทันที กับภายหลังการอบรม 3 เดือน ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมในหลักสูตรการพัฒนาทักษะ Smart CG (n=38)

	หลังการอบรมทันที		หลังการอบรม 3 เดือน		McNemar test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ทักษะการให้ยาทางปาก						
น้อยกว่าร้อยละ 80	13	34.2	1	2.6	1.975	<0.001
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	25	65.8	37	97.7		
ทักษะการวัดสัญญาณชีพ						
น้อยกว่าร้อยละ 80	5	13.2	1	2.6	6.678	0.125
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	33	86.8	37	97.4		
ทักษะการวัดความดันโลหิต						
น้อยกว่าร้อยละ 80	11	28.9	1	2.6	2.521	0.002**
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	27	71.1	37	97.4		

** p<0.01

3.2 ระบบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ: Quality Care plan พบว่าก่อนการพัฒนาระบบ LTC ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 367 คน เพิ่มขึ้นเป็น 779 คน หลังการพัฒนาระบบ LTC สำหรับการจัดทำ care plan พบว่าหลังการพัฒนาระบบ LTC การจัดทำ care plan เพิ่มขึ้น สูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ LTC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (94.5%, 89.9%, p=0.005) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการจัดทำ care plan ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

การจัดทำ Care plan	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		Chi-square test	p-value
	LTC		LTC			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	367	100	779	100		
ไม่ได้จัดทำ care plan	37	10.1	43	5.5	7.995	0.005**
จัดทำ care plan	330	89.9	736	94.5		

หมายเหตุ ** p<0.01, ข้อมูลก่อนพัฒนาระบบ LTC เป็นรายงานปี 2563 เดือน ต.ค. 2562 - กันยายน 2563,

ข้อมูลหลังพัฒนาระบบ LTC เป็นรายงาน ปี 2564 เดือน ต.ค. 2563 - กันยายน 2564

3.3 ระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG เปรียบเทียบระดับความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและปฏิบัติตาม care plan ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบการดูแล

ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนาระบบ LTC ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม คะแนน ADL 12-20 คะแนน เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ LTC จำนวน 5 แห่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (54.2%, 20.8%, $p<0.001$) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคะแนน ADL 5-11 คะแนน และกลุ่มติดเตียงคะแนน ADL 0-4 คะแนน หลังการพัฒนาระบบ LTC โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจำนวนลดลง สูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ LTC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (58.3%, 37.5%, $p<0.001$, 50.0%, 20.8%, $p<0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

การแบ่งผู้สูงอายุตามระดับคะแนน ADL	จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n= 24)		Chi-square test		p-value	
	ก่อนพัฒนาระบบ LTC	หลังพัฒนาระบบ LTC	ก่อนพัฒนาระบบ LTC	หลังพัฒนาระบบ LTC		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มติดสังคม: ADL 12 -20 คะแนน						
จำนวนเท่าเดิม	3	12.5	3	12.5	25.53	<0.001
จำนวนเพิ่มขึ้น	5	20.8	13	54.2		
จำนวนลดลง	16	66.7	8	33.3		
กลุ่มติดบ้าน: ADL 5 -11 คะแนน						
จำนวนเท่าเดิม	3	12.5	3	12.5	25.00	<0.001
จำนวนเพิ่มขึ้น	12	50.0	7	29.2		
จำนวนลดลง	9	37.5	14	58.3		
กลุ่มติดเตียง: ADL 0 -4 คะแนน						
จำนวนเท่าเดิม	8	33.3	6	25.0	18.11	<0.001
จำนวนเพิ่มขึ้น	11	45.8	6	25.0		
จำนวนลดลง	5	20.8	12	50.0		

หมายเหตุ ข้อมูลก่อนพัฒนาระบบ LTC เป็นรายงานปี 2563 เดือน ต.ค. 2562 - กันยายน 2563

ข้อมูลหลังพัฒนาระบบ LTC เป็นรายงาน ปี 2564 เดือน ต.ค. 2563 - กันยายน 2564

3.4 การเกิดแผลกดทับ (Bedsore) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 58 และ 42 ตามลำดับ ครั้งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 34 เมื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับและการหายของแผลกดทับ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบ LTC พบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่ (70.2%, 67.4%, $p=0.70$) และการหายของแผลกดทับ (47.4%, 39.5%, $p= 0.435$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับและการหายของแผลกดทับ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

การเกิดแผลกดทับ (Bedsore)	ก่อนพัฒนาระบบ LTC		หลังพัฒนาระบบ LTC		Chi-square test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเกิดแผลกดทับรายเก่า	14	32.6	17	29.8	0.86	0.770
การเกิดแผลกดทับรายใหม่	29	67.4	40	70.2		
การหายของแผลกดทับ					0.610	0.435
- บาดแผลไม่หาย	26	60.5	30	53.6		
- บาดแผลหาย	17	39.5	27	47.4		

หมายเหตุ ข้อมูลก่อนพัฒนาระบบ LTC เป็นรายงานปี 2563 เดือน ตค. 2562 - กันยายน 2563

ข้อมูลหลังพัฒนาระบบ LTC เป็นรายงาน ปี 2564 เดือน ตค. 2563 - กันยายน 2564

การอภิปรายผล

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการดูแลด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาระบบ LTC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่งในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ตอบสนองนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ระดับหนึ่ง ไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดภาระต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว¹⁰ ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Quality Care plan) 2) ระบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart CG (care giver) 3) ระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG และ 4) ระบบการเตือนการดำเนินงาน (Trigger monitoring) ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่าภายหลังจากนำระบบ LTC ที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ การจัดทำ care plan จากก่อนพัฒนาร้อยละ 89.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.5 ซึ่งการจัดทำ care plan นับเป็นขั้นตอนแรกของการรับรู้ต่อสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและนำมาจัดทำแผนรายบุคคล ซึ่งต้องมีการจัดทำทุกปีเนื่องจากสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล¹¹ การพัฒนาระบบ Quality care plan ครั้งนี้แก้ไขปัญหาจากเดิมที่การจัดทำอยู่ในหน้าที่ของ CM ซึ่งเกิดภาวะการฉีกขาดจัดทำ care plan ต่ำจากภาระงานของ CM ที่ส่วนใหญ่มีเพียง 1 -2 คนต่อแห่ง ทำให้จัดทำ care plan ค่าซ้ำและไม่ครอบคลุม จากผลงานในปี 2561 การจัดทำ care plan มีเพียงร้อยละไม่ถึง 50 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและการ

ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ขาดการจัดทำ care plan การพัฒนาครั้งนี้ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการฝึกทักษะให้ CG มีความสามารถในการจัดทำ care plan เบื้องต้นโดยร่วมกับ อสม. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ นำคะแนน ADL จัดแบ่งกลุ่มและจัดทำ care plan ที่ได้รับการฝึกทักษะ และส่งให้ CM จัดทำ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ ทำให้การจัดทำ care plan มีความครอบคลุมและรวดเร็วมากขึ้น การจัดทำ care plan ส่งผลต่อระบบการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ดำเนินการตาม care plan ที่มีความชัดเจนในแต่ละราย สำหรับระบบการพัฒนาศักยภาพของ CG ให้เป็น Smart CG โดยเพิ่มเติมในหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยโดยให้ Smart CG ได้ฝึกทักษะจริงกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลประจำหน่วยงานเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกทักษะ การให้ยาทางปาก การวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการให้ออกซิเจน โดย Smart CG จะได้รับการฝึกทักษะจนผ่านการประเมินทุกรายและมีการติดตามการปฏิบัติงาน 3 เดือนหลังการอบรม ทำให้ CG มีความมั่นใจและได้รับการยอมรับจากชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบมากขึ้น นอกจากนี้ในระบบการเยี่ยมบ้านได้กำหนดรูปแบบ Buddy CG โดยให้ CG ที่มีประสบการณ์และความสามารถสูงเยี่ยมบ้านประกบคู่กับ CG ใหม่ ทำให้ได้นำความรู้และทักษะไปใช้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ และระบบการเตือนการดำเนินงานโดยใช้ Line กลุ่มและมอบหมายผู้ติดตามและกำหนดเวลาการเตือนการรายงานผลการดำเนินงานที่ชัดเจน จากผลการพัฒนาทั้ง 4 ระบบ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น จึงพบว่าภายหลังการพัฒนาระบบ LTC ครั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านลดลง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 58.3 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบ LTC และกลุ่มติดเตียงจากร้อยละ 20.8 เป็นร้อยละ 50.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชศ วัชรคุปต์และคณะ¹² ที่ประเมินผลการให้บริการการดูแลระยะยาวในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้น พื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยสรุประบบ LTC ที่พัฒนาขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้บริหารหน่วยงานแต่ละแห่งต้องมีการพัฒนาระบบ LTC อย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สังคมและชุมชนในพื้นที่เพื่อส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่รองรับสังคมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการพัฒนา Smart CG ร่วมกับระบบการเยี่ยมบ้านด้วย Buddy CG ส่งเสริมให้การจัดทำ care plan มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จำนวนลดลง ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้บริหารระดับจึงควรนำระบบ LTC ที่พัฒนาขึ้นขยายผลให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบูรณ์ และผู้บริหารของหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ พัฒนาระบบ LTC อย่าง

ต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สังคมและชุมชนในพื้นที่เพื่อส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่รองรับสังคมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.กฤตน์ บริรักษ์วานิชย์ หัวหน้าศูนย์วิจัยโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ให้คำปรึกษาและ แนะนำการออกแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอขอบพระคุณนายอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2560; 17(3): 235-243.
2. Sukhothai Thammathirat Open University. Elderly Society: Implication to Develop the Economy. [Cited 2021, October 15]. Available from: <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>; 2016.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Elderly 2016. Nakhonpatom: Printery Co., Ltd. (in Thai); 2017.
5. Hawanon, N. & Wathanotaia, T. A new agenda for developing housing for elderly in Thai society. Bangkok: Faculty of Architecture Community, Rajamangala University of Technology Thanyaburi Foundation of Thai. [In Thai]; 2009.
6. Srilorm, K. A Development of Multicultural Health Management Process for Elderly. Ph.D. Dissertation. Ph.D. (Innovation for Local Development). Rajabhat Mahasarakham University; 2015.
7. National Health Security Office. Long-term Care Public Health for Depressed Elderly People (Long Term Care) on National Health Security System. Bangkok: National Health Security Office; 2016.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; 2562.

9. Department of Health. Elderly health record. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. 63 p. (in Thai)
10. National Health Security Office. A handbook for long-term care for the elderly in public health under the national health security system. Bangkok: 2016. (in Thai)
11. Thassanee Soontorna, Praditporn Pongtrianga and Praneed Songwathanab. Thai family caregivers' experiences helping dependent elders during medical emergencies: a qualitative study. *Australasian Emergency Care*. 2020; 23: 71–76.
12. ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจนา และสาวิณี สุริยัณรัตน์. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2561; 12 (4): 608-24.