

การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พิชิต สุขสบาย พ.บ.,ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

Evaluation of Long Term Care for Dependent Elders by Family Care Teams In Chai Buri District, Surat Thani Province

Abstract

This research was formative evaluation research. It's objectives were to evaluate the context, input, process, output, as well as, compares self-help abilities, health condition before and after care providing by family care teams (FCTs), and problems during implementing of FCTs In Chai Buri District, Surat Thani Province. Both quantitative and qualitative study were used. The samples of quantitative study were principal officials who implemented sub-district FCTs, total 21 persons, besides, 123 dependent elders who rather could and could not do self-care. The samples of qualitative study, were 25 persons of FCTs, Questionnaires, interviewing from, and in-depth interviewing from were used for data collecting during November 2016 – February 2017. Descriptive statistics, paired t-test and content analyzing were used for data analyzing. The results were as follows:

Context evaluation found that 90.5% of sub-district FCTs agreed with the policy of long-term care for elders by FCTs which better allowed them to health care. 84.3 and 66.0% of elders who rather could and could not do self-care respectively, need home health care by FCT. Regarding to input, Chai Buri District had FCTs operating at community, sub-district and district levels. 71.4% of sub-district FCTs got high level of implementing support, According to process, 61.9% of sub-district FCTs had high level of implementing. For Communication during implementing, they used mobile phone and directly contacting, by 85.7 and 81.0%, respectively. 61.9% had participation in the overall of FCT operation at a moderate level. Regarding to outcome, 75.5 and 9.55% of elders who rather could and could not do self-care had ability to self-help before being treated by a FCT, and after being treated, 75.5 and 14.3%, respectively, were not significantly different. For health status showed that the self-care elderly, Before being treated by a

Pichit Suksabuy M.D.
Chai Buri Hospital,
Suratthani Province,
Thailand 84350

วารสารวิชาการแพทย์ ;31

เขต **11 2560**
Reg Med J 2017

: 257 - 269

FCT, 65.7 and 72.5% had good physical and mental health, and after being treated, 73.5 and 76.5% of them had good physical and mental health, respectively, which was better than before to be significantly cared. The elderly could not do self-care, mental health was significantly higher than before receiving care, but physical, before and after being treated were not significantly different. 49.0% of elders who rather could do self-care had high satisfied of care taking, in addition, 27.5 and 23.5% of them had low and moderate satisfied, respectively. However, 76.2% of elders who could not do self-care had high satisfied of care taking. 52.4% of SFCTs had moderate satisfied of giving care for dependent elders, 33.3 and 14.3% got high and low level, respectively. There were problems during implementing in the workload but there are few staff, lack of policy continuity in FCT, lack of certainty in appointments, visiting days and lack of vehicles by 28.6, 9.5, 4.8 and 4.8%, respectively.

Keywords : Long term care, Dependent elders, Family care team

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลขณะดำเนินการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลการดำเนินการ เปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และภาวะสุขภาพก่อนและหลังการมีทีมหมอบรรเทาไปให้การดูแล ตลอดจนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของทีมหมอบรรเทา อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หลักในการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาในระดับตำบล จำนวน 21 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 123 คน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมหมอบรรเทาทุกระดับ จำนวน 25 คน ใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหา ปรากฏผลการศึกษาดังนี้

การประเมินบริบท พบว่า ทีมหมอบรรเทาทุกระดับตำบล ร้อยละ 90.5 เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยทีมหมอบรรเทา ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 84.3 และ 100.0 ตามลำดับ มีความต้องการให้ทีมหมอบรรเทาเข้ามาดูแลสุขภาพที่บ้าน เรื่องปัจจัยนำเข้า อำเภอชัยบุรีมีทีมหมอบรรเทาในการดำเนินงานทั้งในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ ทั้งนี้ ทีมหมอบรรเทาทุกระดับตำบล ร้อยละ 71.4 ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับมาก สำหรับในเรื่องกระบวนการ พบว่า ทีมหมอบรรเทาทุกระดับตำบล ร้อยละ 61.9 มีการดำเนินงานในระดับสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.7 และ 81.0 ใช้การสื่อสารด้วยโทรศัพท์มือถือ และการพบปะโดยตรง ตามลำดับ ร้อยละ 61.9 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาโดยรวมในระดับปานกลาง ผลการดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและผู้ที่ไม่ดูแลตนเองไม่ได้ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอบรรเทาในระดับสูง ร้อยละ 75.5 และ 9.5 และหลังได้รับการดูแล ร้อยละ 75.5 และ 14.3 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ก่อนได้รับการดูแลจากทีม

หมอครอบครัว ร้อยละ 65.7 และ 72.5 มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตในระดับดี และหลังได้รับการดูแล ร้อยละ 73.5 และ 76.5 มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระดับดี ตามลำดับ ซึ่งหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ มีสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สุขภาพกาย ก่อนและหลังการดูแลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับสูง ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือมีความพึงพอใจระดับต่ำ และปานกลาง ร้อยละ 27.5 และ 23.5 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับสูง สำหรับทีมหมอครอบครัวระดับตำบล มีความพึงพอใจต่อการให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 และ 14.3 และมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในเรื่อง ภาระงานมากแต่มีเจ้าหน้าที่น้อย ขาดความต่อเนื่องเชิงนโยบายในเรื่องหมอครอบครัว ขาดความแน่นอนในการนัดหมายวันเวลาเยี่ยมผู้สูงอายุ และขาดยานพาหนะ ร้อยละ 28.6, 9.5, 4.8 และ 4.8 ตามลำดับ

คำรหัส : การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอครอบครัว

Original Articles นิตยภัตฉบับ

*โรงพยาบาลชัยบุรี

บทนำ

สังคมโลกในยุคศตวรรษที่ 21 กำลังก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุที่เรียกว่า “สังคมผู้สูงอายุ : Aging Society” และแนวโน้มประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลายเป็นภาระหนักมากขึ้นแก่ครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ⁽¹⁾ สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤตด้วยเช่นกัน โดยพบว่ามีส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ร้อยละ 14.9 ในปี 2557 และมีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุร้อยละ 22.3 ในปี 2557⁽²⁾ มีการประเมินว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์”⁽³⁾ ขณะเดียวกันก็กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของปัญหาสุขภาพ จากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคติดต่อไปยังการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงตามมาในที่สุด⁽⁴⁾ ทั้งนี้ โรคเรื้อรังได้เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ มีรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค⁽⁶⁾ และประมาณร้อยละ 50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค⁽⁷⁾

การดูแลระยะยาว เป็นการให้บริการเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เน้นมิติของการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคงสภาพ หรือชะลอความเสื่อม และการฟื้นฟูสภาพในชุมชน⁽⁸⁾ โดยมี

เป้าหมายให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว สามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระ⁽⁹⁾ ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนถึงระดับครัวเรือน โดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิ เป็นการดำเนินงานร่วมกับชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่างๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีม ตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. / โรงพยาบาล เป็นเจ้าของครอบครัว ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานการเยี่ยมให้บริการสุขภาพที่บ้าน และประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล มีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจะมีทีมงานดูแลสุขภาพของโรงพยาบาล เข้ามาร่วมกัน รวมถึงทีมงานระดับชุมชน เช่น นักบริหารชุมชน อสม. อปท. เป็นต้น ก็มาร่วมกันในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹⁰⁾

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2559 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 126,637 คน คิดเป็นร้อยละ 12.93 ของประชากรกลางปี⁽¹¹⁾ มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 9,536 คน คิดเป็นร้อยละ 7.53 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังฟังนี้ จัดเป็นผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 6.31 (7,992 คน) และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.15 (1,464 คน) สำหรับอำเภอชัยบุรี มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 123 คน โดยเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 102 คน และผู้สูงอายุติดเตียง 21 คน และจากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการดูแลและพัฒนาสุขภาพ ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครัวเรือน ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมีทีมหมอครอบครัวให้การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท⁽¹⁰⁾ มาเป็นระยะเวลา 2 ปี แล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานีได้ให้หน่วยงานในสังกัด โดยเฉพาะ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน ดำเนินการจัดตั้งและดำเนินการทีมหมอครอบครัว โดยมีทีมหมอครอบครัวจากโรงพยาบาลให้การสนับสนุน และร่วมดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องทำการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหมอครอบครัวระดับตำบล ในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว (ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจต่อการให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และภาวะสุขภาพก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัว

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ได้กำหนดกรอบแนวคิดการประเมินผลตามรูปแบบ CIPP Model⁽¹²⁾ ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการ โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้

บริบท (Context)	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลการดำเนินการ (Product)
- ความคิดเห็นต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดย ทีม หมอ ครอบครัว	- องค์ประกอบของทีมหมอครอบครัว	- การดำเนินงานของหมอครอบครัว	- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ความต้องการของผู้สูงอายุในการให้ทีมหมอครอบครัวดูแลสุขภาพที่บ้าน	- การได้รับการสนับสนุน การดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัว	- การสื่อสารของทีมหมอครอบครัว	- ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
		- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมอครอบครัว	- ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
			- ความพึงพอใจต่อการให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการ

การประเมินผลนี้ เป็นการประเมินผลขณะดำเนินการ (Formative evaluation) โดยใช้รูปแบบ CIPP Model⁽¹²⁾ ใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

การประเมินผลเชิงปริมาณ ประเมินในกลุ่ม

1. **กลุ่มทีมหมอครอบครัวระดับตำบล** ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มทีมหมอ

ครอบครัวระดับตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แพทย์แผนไทย ทันตภิบาล นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ ที่ทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัวระดับตำบล ที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.และโรงพยาบาลชัยบุรี ในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา รวมทั้งสิ้น 21 คน เป็นก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ที่รู้สึกตัวดี สามารถตอบคำถามต่างๆ ได้ดี และขึ้นทะเบียนที่ รพ.สต./โรงพยาบาล ในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (4 รพ.สต. และ 1 โรงพยาบาล) จำนวน 123 คน (ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 102 คน และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ จำนวน 21 คน) ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์

การประเมินในเชิงคุณภาพ ใช้แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นเครื่องมือการสัมภาษณ์เจาะลึก เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และโรงพยาบาล จำนวน 25 คน

เก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนพฤศจิกายน 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 โดยผู้ประเมินและคณะที่ผ่านการอบรมแล้ว

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะการพรรณนา

ผลการประเมิน

การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมนหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ประเมินในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.4 เป็นเพศหญิง มีอายุ 80 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 60.8 โดยเฉลี่ยมีอายุ 79.5 ปี และมีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 61.8 มีสิทธิในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 88.2 ทั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างมานานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.5 โดยเฉลี่ยดูแลตนเองได้บ้างมานาน 4.1 ปี ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง มีอายุ 80 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 61.9

โดยเฉลี่ยมีอายุ 81.4 ปี ซึ่งมีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 81.0 มีสิทธิในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 76.2 ทั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้มานานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.4 รองลงมา 5 – 10 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.1 และ 9.5 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยดูแลตนเองไม่ได้มานาน 4.6 ปี ซึ่งในกลุ่มนี้มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ไม่มาก

ลักษณะหมอครอบครัวระดับตำบลกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.4 ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 47.6 รองลงมาอายุ 40 – 49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.1 และ 14.3 ตามลำดับ (โดยเฉลี่ยมีอายุ 39.7 ปี) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ทั้งนี้ ร้อยละ 33.4 เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมา เป็นนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข และทันตภิบาล / เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ร้อยละ 19.0, 14.3, และ 14.3 ตามลำดับ นอกนั้นเป็นเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (เภสัชกร จพ.สาธารณสุขชุมชน จพ.เภสัชกรรม และนักกายภาพบำบัด) ร้อยละ 19.0 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ปฏิบัติงานใน รพ.สต. / โรงพยาบาลที่อยู่ในปัจจุบันมานาน 5 ปีขึ้นไป (โดยเฉลี่ยปฏิบัติงานนาน 10.6 ปี)

ผลการประเมิน

1. บริบท

ความคิดเห็นต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยทีมนหมอครอบครัว พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 90.5 เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยทีมนหมอครอบครัว โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.5, 76.2, 71.4, 47.6 และ 14.3 โดยเห็นว่าทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นนโยบายที่ดีควรดำเนินการต่อไป ภูมิใจในการเป็นสมาชิกทีมนหมอครอบครัว และเพิ่มภาระงานมากขึ้น ทั้งนี้ ต่างเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ทั้งจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต./โรงพยาบาล อสม.ครอบครัว องค์กรและคนในชุมชนช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ยากไร้หรือผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทำให้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ช่วยให้ทางครอบครัวผู้สูงอายุหันมาให้ความสนใจดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นการทำงานร่วมกันของทีมนสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ มีแพทย์ไปดูแลเยี่ยมบ้าน

ร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทั้งในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในทุกระดับ และหน่วยงานอื่น ๆ อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งร่างกายจิตใจ และการช่วยเหลือทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความต้องการของผู้สูงอายุในการให้ทีมหมอครอบครัวดูแลสุขภาพที่บ้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.3 มีความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 15.7 มีความเห็นอย่างไรก็ได้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 100.0 มีความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. ปัจจัยนำเข้า

องค์ประกอบของทีมหมอครอบครัวในการดำเนินงาน ในอำเภอชัยบุรี แบ่งออกเป็น 3 ระดับ พบว่า

- ระดับชุมชน มีทีมหมอครอบครัวที่ดำเนินงานประกอบด้วย อสม. แกนนำชุมชน/ กลุ่มจิตอาสา และกำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 100.0 มีเจ้าหน้าที่ อปท. ในพื้นที่ และแกนนำครอบครัว/ ประชาคม ร้อยละ 90.5 และ 66.7 ตามลำดับ

- ระดับตำบล มีทีมหมอครอบครัวที่ดำเนินงานประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต. และทันตภิบาล ร้อยละ 100.0 มีแพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชุมชน ร้อยละ 85.7, 42.9, 23.8 และ 4.8 ตามลำดับ

- ระดับอำเภอ มีทีมหมอครอบครัวที่ดำเนินงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 100.0 มีทันตแพทย์ บุคลากรจาก สสอ. นักสุขภาพจิต นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 90.5, 90.5, 61.9, 23.8 และ 9.5 ตามลำดับ

การสนับสนุนการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว พบว่า ทีมหมอครอบครัว ร้อยละ 71.4 ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 23.8 และ 4.8 ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับปานกลาง และน้อย ตามลำดับ โดยได้รับการสนับสนุนเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 75.0 ในเรื่องจัดให้มีช่องทางโดยตรง (พิเศษ) ในการรับส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากทีมหมอ

ครอบครัว จัดให้มีแพทย์ให้คำปรึกษาแก่ทีมหมอครอบครัว สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้ทีมหมอครอบครัวในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้ทีมหมอครอบครัวในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้พบว่า มีการกระจาย/ เปลี่ยนบุคลากรจากโรงพยาบาลลงปฏิบัติงานแก่ทีมหมอครอบครัว มีการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการแก่ทีมหมอครอบครัว โดยทีมหมอครอบครัวอำเภอ/ทางโรงพยาบาล และโรงพยาบาลมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานหมอครอบครัว อย่างเป็นทางการ ร้อยละ 42.9, 33.3 และ 19.0 ตามลำดับ

3. กระบวนการ

การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว พบว่า ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล (รพ.สต.และโรงพยาบาล) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 มีการดำเนินงานในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 23.8 และ 14.3 อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 61.0 มีการดำเนินการเป็นประจำในเรื่องเป็นที่เลี้ยงแก่ทีมหมอครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพ ประสานขอความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ให้คำปรึกษา และแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและผู้ดูแล และจัดการข้อมูลด้านสุขภาพและสังคม เพื่อการบริการและบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนในเรื่องส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านไปโรงพยาบาล ติดตามและประเมินผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ประสานงานและร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพในอำเภอ และบริหารจัดการทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีการดำเนินงานอย่างเป็นประจำ ร้อยละ 47.6, 47.6, 42.9 และ 33.3 ตามลำดับ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว พบว่า มีการแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวในแต่ละระดับ (ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน) มีศูนย์เยี่ยมบ้านของอำเภอ มีบทบาทในการประสานการเยี่ยมบ้านกับทุกทีมหมอครอบครัวทุกตำบล กำหนดตารางเวลาการเยี่ยมบ้าน มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยเบื้องต้นจะให้ อสม. ทำหน้าที่ค้นหาผู้สูงอายุที่ดูแล

ตนเองได้บ้าง / ดูแลตนเองไม่ได้ รายงานสภาพความเป็นอยู่หรือปัญหาผู้สูงอายุแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / รพ.สต. แล้วเจ้าหน้าที่ก็จะกำหนดนัดหมายที่ลงไปเยี่ยมผู้ป่วย การลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุก็จะพิจารณาตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยมาก มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ก็จะร่วมกับทีมสหวิชาชีพลงไปเยี่ยม ส่วนในกรณีที่ไม่มีอาการซับซ้อน ก็มักจะให้เฉพาะแต่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. / โรงพยาบาลไปเยี่ยมบ้านเอง หากมีอะไรหรือต้องการคำแนะนำจากแพทย์ก็จะโทรปรึกษาแพทย์ ทั้งนี้ ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนติดเตียง เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดก็จะลงไปเยี่ยมด้วย ไปทำกายภาพบำบัดให้และสอนญาติผู้สูงอายุ ทันตาภิบาลก็จะดูแลช่องปากให้ นอกจากนี้ ก็มีเจ้าหน้าที่ อบต.ร่วมเยี่ยมบ้าน ให้การสนับสนุนงบประมาณ ให้การดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นกรณี ๆ ไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย/ไม่มีรายได้ ไม่มีญาติ นอกจากให้การดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพแล้ว ก็ให้คำแนะนำแก่ญาติ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย พร้อมให้กำลังใจ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยเน้นการทำงานเป็นที่มาอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารของทีมหมอครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.7 และ 81.0 ใช้การสื่อสารด้วยโทรศัพท์มือถือ และการพบปะโดยตรง นอกจากนี้ใช้ Line ผ่าน อสม. และโทรศัพท์ประจำบ้าน/สำนักงาน ร้อยละ 42.9, 33.3 และ 23.8 ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมอครอบครัว พบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล โดยรวม ร้อยละ 61.9 ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนและทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 28.6 และ 9.5 ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ในการดำเนินงานเฉพาะกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน และทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ พบในลักษณะเดียวกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 และ 71.4 ทีมหมอครอบครัวระดับตำบลได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมอครอบครัวระดับตำบล กับทีมหมอครอบครัวระดับ

ชุมชน และทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอในแต่ละประเด็นพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 – 76.1 ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ได้ร่วมกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ในแต่ละกิจกรรมในระดับปานกลาง ได้แก่ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัวชุมชน ช่วยเหลือดูแลจัดทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือครอบครัว ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือให้การบริบาลเบื้องต้น เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือครอบครัว ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสมือนญาติของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาล ส่วนการมีส่วนร่วมกับทีมหมอครอบครัวอำเภอ พบว่า ได้รับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7 - 85.7) ในเรื่องการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหมู่บ้าน การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ได้รับการดูแลหรือเป็นที่เล็งการดำเนินงาน และได้รับการปรึกษาการดำเนินงาน และเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมอครอบครัวเพิ่มเติมพบว่า ทีมหมอครอบครัวอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์พยาบาลและทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ของโรงพยาบาล จะลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ซึ่งจะเน้นเยี่ยมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาหนัก มีการนัดแนะกับทีมหมอครอบครัว รพ.สต. และทีมหมอครอบครัวชุมชน (ได้แก่ อสม. อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯ) ลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ในส่วนของ อสม.จะเน้นการให้ข้อมูลเพื่อการบอกสภาพผู้สูงอายุ นำทางทีมเยี่ยมบ้าน ส่วน อบต. ช่วยในการประสานงานให้ระหว่างหมอครอบครัว รพ.สต.กับผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล สำหรับกำนัน และผู้ใหญ่บ้าน จะช่วยเหลือในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม อาทิ บ้าน ห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นต้น โดย อบต.จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ/อุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ บางรายชาวบ้านก็มาร่วมกันปรับปรุง/สร้างบ้านให้ นอกจากนี้ในบางครั้งก็มีนายอำเภอร่วมทีมไปเยี่ยมด้วยเป็นบางครั้ง ทำให้มีคนไปร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุมาก โดยรวมอาจกล่าวได้ว่า ทีมหมอครอบครัวชุมชน และทีมหมอครอบครัวอำเภอ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาหนัก ที่ต้องการทีมสหวิชาชีพในการดูแล

4. ผลการดำเนินการ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง พบว่า ก่อนได้รับการดูแลจากหมอมืออาชีพ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ร้อยละ 75.5 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระดับสูง หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ พบเช่นกันว่า ร้อยละ 75.5 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระดับสูง ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ พบว่า ก่อนได้รับการดูแลจากหมอมืออาชีพ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง

ไม่ได้ ร้อยละ 85.7 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระดับต่ำ หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ พบเช่นกันว่า ร้อยละ 85.7 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระดับต่ำ เช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง				ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้			
	ก่อนได้รับการดูแล		หลังได้รับการดูแล		ก่อนได้รับการดูแล		หลังได้รับการดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	102	100.0	102	100.0	21	100.0	21	100.0
ต่ำ (0 – 11 คะแนน)	14	13.7	13	12.7	18	85.7	18	85.7
ปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	11	10.8	12	11.8	1	4.8	0	0.0
สูง (16 – 20 คะแนน)	77	75.5	77	75.5	2	9.5	3	14.3
	$\mu = 16.4, \sigma = 4.9$		$\mu = 16.5, \sigma = 4.9$		$\mu = 5.0, \sigma = 6.0$		$\mu = 5.4, \sigma = 6.2$	
	t = -1.832, P-value = 0.070				t = -1.504, P-value = 0.148			

ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ก่อนได้รับการดูแล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.6, 65.7 และ 72.5 มีสุขภาพโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพจิตในระดับดี ตามลำดับ หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ ร้อยละ 73.5, 73.5 และ 76.5 มีสุขภาพทางกายโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพจิตในระดับดี ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ก่อนได้รับการดูแล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.0, 85.7 และ 85.7 มีสุขภาพโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพจิตในระดับดี ตามลำดับ หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ ร้อยละ 81.0, 81.0 และ 90.5 มีสุขภาพทางกายโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพ

จิตในระดับดี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ มีสุขภาพโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ ส่วนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ จะมีสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพ ส่วนสุขภาพโดยรวม และสุขภาพกาย ก่อนและหลังการดูแลจากทีมหมอมืออาชีพจะมีลักษณะเช่นเดิม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลัง การได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว

ภาวะสุขภาพ	ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง				ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้			
	ก่อนได้รับการดูแล		หลังได้รับการดูแล		ก่อนได้รับการดูแล		หลังได้รับการดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพโดยรวม	102	100.0	102	100.0	21	100.0	21	100.0
ต่ำ (0 – 23 คะแนน)	5	4.9	2	2.0	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง (24 – 31 คะแนน)	28	27.5	25	24.5	4	19.0	4	19.0
ดี (32 – 40 คะแนน)	69	67.6	75	73.5	17	81.0	17	81.0
	$\mu = 32.5, \sigma = 4.6$		$\mu = 33.2, \sigma = 4.1$		$\mu = 33.9, \sigma = 3.7$		$\mu = 34.3, \sigma = 3.2$	
	t = -4.660, P-value < 0.001				t = -0.777, P-value = 0.446			
สุขภาพกาย	102	100.0	102	100.0	21	100.0	21	100.0
ต่ำ (0 – 16 คะแนน)	6	5.9	3	2.9	1	4.8	1	4.8
ปานกลาง (17 – 21 คะแนน)	29	28.4	24	23.6	2	9.5	3	14.2
ดี (22 – 28 คะแนน)	67	65.7	75	73.5	18	85.7	17	81.0
	$\mu = 22.2, \sigma = 3.3$		$\mu = 22.7, \sigma = 2.8$		$\mu = 23.3, \sigma = 2.9$		$\mu = 23.0, \sigma = 3.0$	
	t = -3.799, P-value < 0.001				t = 0.941, P-value = 0.358			
สุขภาพจิต	102	100.0	102	100.0	21	100.0	21	100.0
ต่ำ (0 – 6 คะแนน)	9	8.8	9	8.8	2	9.5	0	0.0
ปานกลาง (7 – 9 คะแนน)	19	18.7	15	14.7	1	4.8	2	9.5
ดี (10 – 12 คะแนน)	74	72.5	78	76.5	18	85.7	19	90.5
	$\mu = 10.2, \sigma = 2.3$		$\mu = 10.5, \sigma = 2.3$		$\mu = 10.6, \sigma = 1.9$		$\mu = 11.3, \sigma = 1.3$	
	t = -2.233, P-value = 0.028				t = -2.855, P-value = 0.010			

ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับสูง ร้อยละ 49.0 รองลงมา มีความพึงพอใจต่ำ และปานกลาง ร้อยละ 27.5 และ 23.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละด้าน พบว่า ร้อยละ 72.5 และ 52.9 มีความพึงพอใจด้านบุคคล และด้านการให้บริการ ในระดับสูง ส่วนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ พบว่า ร้อยละ 47.1 มีความพึงพอใจปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 41.1 และ 11.8 มีความพึงพอใจต่ำ และสูงตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ พบว่า โดยรวม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับสูง เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละด้าน พบว่า ร้อยละ 95.2

และ 85.7 มีความพึงพอใจด้านบุคคล และด้านการให้บริการ ในระดับสูงเช่นกัน ส่วนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ความพึงพอใจต่อการให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล มีความพึงพอใจต่อการให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและดูแลตนเองไม่ได้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 และ 14.3 ทั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.4, 71.4, 71.4, 66.7, 61.9, 61.9, 61.9 และ 57.1 มีความพึงพอใจปานกลางในเรื่องการจัดกิจกรรม/ขบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน การได้รับพัฒนาศักยภาพทีมหมอ

ครอบครัว สำหรับการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน การจัดระบบแพทย์ที่ปรึกษาที่ทีมหมอครอบครัว ระบบข้อมูลเพื่อการดูแล ให้คำปรึกษาแก่ทีมหมอบริการครอบครัว การให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ศักยภาพในการให้บริการของทีมหมอบริการครอบครัว ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านของทีมหมอบริการครอบครัว และยาและเวชภัณฑ์สำหรับการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ตามลำดับ ส่วนในเรื่องจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแล และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ สำหรับการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 52.3 และ 52.4 พึงพอใจมาก ร้อยละ 42.9 และ 23.8 ตามลำดับ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมหมอบริการครอบครัว พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องต่าง ๆ เพียงเล็กน้อย ได้แก่ มีภาระงานมากแต่มีเจ้าหน้าที่น้อย ขาดความต่อเนื่องเชิงนโยบายในเรื่องหมอบริการครอบครัว ขาดความแน่นอนในการนัดหมายวันเวลาเยี่ยมผู้สูงอายุ และขาดยานพาหนะ ร้อยละ 28.6, 9.5, 4.8 และ 4.8 ตามลำดับ ทั้งนี้ เห็นว่านโยบายหมอบริการครอบครัวเป็นนโยบายที่ดี หากดำเนินการอย่างจริงจัง ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ อาทิ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คนในชุมชน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในเรื่องสภาพความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อมดีขึ้นได้ แต่ช่วงหลังการดำเนินการของแต่ละ รพ.สต. / โรงพยาบาลจะน้อยลง ขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ในการลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุ แต่ละคนที่ลงไปเยี่ยมควรต้องมีการเตรียมตัว รู้ข้อมูลผู้ป่วย จะได้ลงไปช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ใช่ไปเยี่ยมเฉย ๆ จะไม่เกิดประโยชน์อะไร การลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุก็ควรหาเวลาที่เหมาะสม เพราะเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีน้อย ถ้ามีประชุม ก็จะไม่มีความจำเป็นที่อยู่ที่ รพ.สต. ในการลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ควรมีการแบ่งภารกิจตามปัญหาที่มีของผู้สูงอายุ ใครจะทำหน้าที่อะไร จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการลงไปเยี่ยมได้อย่างมาก และจะทำให้ลดจำนวนคนที่จะไปเยี่ยมได้ตามความจำเป็นและความเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบัน รพ.สต. ก็มีภาระงานต่าง ๆ เพิ่มขึ้น จำนวนคนก็มีจำกัด ปัญหาอีกอย่างคือ Caregiver มีน้อย ควรอบรมบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้มีความรู้และศักยภาพในการดูแล นอกจากนี้ ใน

การเดินหน้านั้น รพ.สต. บางแห่งก็ไม่มีรถ (มีรถน้อยเจ้าหน้าที่อื่นนำไปใช้) ถนนบางแห่งก็ไม่สะดวก ระบบการสื่อสารในอำเภอชัยบุรี หลายแห่งยังมีปัญหา ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์

วิจารณ์

จากการประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอบริการครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัว มีสุขภาพโดยรวม สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัว ทั้งนี้ การได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ได้รับการดูแลทั้งร่างกายจิตใจ ตลอดจนได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากทีมหมอบริการครอบครัว บางรายได้รับการช่วยเหลือทางสังคม โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจน อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ก็ได้เข้าไปดูแลให้การช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยก็ได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนได้รับกำลังใจ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น เกิดผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัว จะมีสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัว แต่สุขภาพกายก่อนและหลังการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัวจะมีลักษณะเช่นเดิม ทั้งนี้ ในกลุ่มนี้จะมีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ร้อยละ 47.6 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มานานมากกว่า 5 ปี การแก้ไขสุขภาพกายให้ดีขึ้นจึงทำได้ค่อนข้างยากถึงทำไม่ได้ สุขภาพกายหลังจากการได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัวจึงไม่มีความแตกต่างจากก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอบริการครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม การที่มีทีมหมอบริการครอบครัวลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ก็ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เพราะได้รับการดูแล พุดคุย ให้กำลังใจ และการช่วยเหลือต่าง ๆ ทางด้านสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยทีมหมอบริการครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ดี ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นนโยบายที่ดีควรดำเนินการต่อไป โดยผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีความ

ต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 84.3 และ 100.0 และเจ้าหน้าที่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าวถึงร้อยละ 90.5 เพราะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวก ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว⁽¹³⁾ เป็นบริการปฐมภูมิที่ให้การดูแลเป็นองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ชุมชนเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ได้ทำงานร่วมกันกับภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิลลักษณ์ จิรยัตย์สุนทร⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า เจ้าหน้าที่รพ.สต. ที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.0 เห็นด้วยต่อนโยบายการมีทีมหมอครอบครัว โดยผู้ที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.2 มีความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การทำงานของทีมหมอครอบครัวเป็นการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ทำให้เกิดความชัดเจนในการบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ให้สามารถลดความเสี่ยง และได้รับการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชนดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า สมาชิกทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป

ในการดำเนินการทีมหมอครอบครัวระดับตำบลพบว่า ยังได้รับการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จากทางโรงพยาบาลนานๆ ครั้งในเรื่อง งบประมาณ บุคลากร และการพัฒนาความรู้แก่ทีมหมอครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในระดับปานกลางเป็นส่วนมาก แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในส่วนของทางโรงพยาบาลก็มีข้อจำกัดในเรื่องรายได้ งบประมาณที่ได้รับ และการขาดสภาพคล่องเจ้าหน้าที่ที่มีจำกัด ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นหลัก เป็นข้อจำกัดในการให้การสนับสนุนแก่ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล คล้ายกับผลการศึกษาของสุพัทธา ศรีวนิชกร และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ทีมหมอครอบครัว รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ เป็นครั้งๆ นอกจากนี้ทาง รพ.สต. ก็มีบุคลากรจำกัด มีภาระงานที่รับผิดชอบมาก จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ทีมหมอครอบครัว

มีความพึงพอใจในระดับปานกลางค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิลลักษณ์ จิรยัตย์สุนทร (15) ที่พบว่า ทีมหมอครอบครัว รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับปานกลางเป็นส่วนมาก และมีความพึงพอใจในการดำเนินงานในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม ก็นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. เติงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบุรี และโรงพยาบาลชัยบุรี ควรประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวที่ชัดเจน จริงจัง ตลอดจนผลักดันให้เกิดการดำเนินการและให้การสนับสนุนอย่างชัดเจน ต่อเนื่อง พร้อมพัฒนาให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้ประโยชน์ อีกทั้ง พิจารณาการดำเนินการหมอครอบครัวกับกลุ่มอื่นเพิ่มขึ้น อาทิ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น
2. ในการดำเนินการทีมหมอครอบครัว ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทีมหมอครอบครัว อำเภอ และชุมชนให้มากขึ้น เพราะจะทำให้เกิดเครือข่ายและความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากขึ้น อีกทั้งในผู้สูงอายุที่มีปัญหาอื่น ๆ นอกจากทางด้านสุขภาพ อาทิ ปัญหาในการดำรงชีวิต ปัญหาในการดูแล ฯ ก็ควรเชิญองค์กรปกครองส่วนถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล / เทศบาล) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือหน่วยงานต่างๆ เข้าร่วมเยี่ยม และแก้ปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุด้วย
3. ในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ควรเพิ่มการติดตามและประเมินผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านไปโรงพยาบาล ประสานงานและร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพในอำเภอ และบริหารจัดการทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่ดีขึ้น
4. ดำเนินการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้ต่อไป เพื่อให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น หรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งอาจต้อง

พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเป็นกรณีๆ ไป

5. ส่งเสริม สนับสนุนให้หนักกายภาพบำบัดหรือ นักโภชนาการจากทางโรงพยาบาล ลงเยี่ยมบ้านให้การดูแลผู้สูงอายุ / ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น

6. การให้บริการของทีมหมอครอบครัว ควรต้องสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นในเรื่องการดูแลเอาใจใส่ และความสม่ำเสมอในการเยี่ยมผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ และการกำหนดวันนัดหมาย

7. สร้างความพึงพอใจให้แก่ทีมหมอครอบครัว ตำบลเพิ่มมากขึ้น โดยพัฒนาให้เกิดความพร้อม หรือระบบที่ดี หรือศักยภาพของหมอครอบครัวเพิ่มขึ้น

8. ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดหายานพาหนะในการดำเนินงาน ให้แก่หมอครอบครัวระดับตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. ประภาพร มโนรัตน์. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง : ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์; 2556, 5(2): 98-104.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. 2557.
3. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. ความรู้ความเข้าใจและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2553.
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทที่ คิว พี จำกัด.2553.
5. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
6. World Health Organization (WHO). Ageing and Life Course. [Online] publish 2015 [cited 2016 Dec 2]. Available from : URL:http:// www.who.int/ageing/en .
7. McGuire CL, Strine WS, Okoro AC, Ahluwalia I B, Ford SE. Healthy Lifestyle Behaviors Among Older U.S. Adults With and Without Disabilities, Behavioral Risk Factor Surveillance System. (On-line) Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0029.htm. (cited 2016 March 7).
8. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ เกษม เวชสุทธานนท์. คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. 2552.
9. ไพจิตร ล้อสกุลทอง และ วรณภา ศรีธีธรรตน์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง (ออนไลน์). พิมพ์ 2557 แหล่งข้อมูล <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/hdp1.pdf>. [วันที่สืบค้น 10 ตุลาคม 2559].
10. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2557.
11. สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย. รายงานจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดต่างๆ. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.2558.
12. Stufflebeam, Foley, W. J., Gephart, W. J., Guba, E. G., Hammond, R. L., Merriman, H. O.. Educational Evaluation and Decision – Making. Illinois : Peacock Publishers. 1971.
13. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานโครงการวิจัยประเมินผลติดตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ : รายงานวิจัย.2558.
14. Muldoon LK1, Hogg WE, Levitt M. Can J. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? 2006;97(5): 409-11.
15. สินีลักษณ์ จิรายุสดีสุนทร. การดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. รายงานวิจัย : สุราษฎร์ธานี. 2559.

16. สุพัตรา ศรีวณิชกร, ทศนีย์ ญานะ, พฤษภา บุญบุญ และ ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์ การดำเนินงาน และความเห็นต่อนโยบายการพัฒนา ทีมหมอประจำครอบครัว. กรุงเทพฯ : รายงานวิจัย. 2558.

