

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี Development of Integrated Healthcare Model for the Dependent Elderly in the Pilot Areas, Phetchaburi Province

สุกัญญา ปวงนิยม, ป.พ.ส.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

นงนภท รุ่งเนย, ค.ด.(อุดมศึกษา)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อุไรรัชต์ บุญแท้, ป.ร.ด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Sukanya Puangniyom, Dip in Nursing Science

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Nongnaphat Rungnoei, PhD (Higher Education)

Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi

Urairach Boontae, PhD

Phetchaburi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research & development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 - มิถุนายน 2561 การวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี (2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี (3) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี (4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ และ (5) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การทดสอบค่าที่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ดังนี้ (1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและวางแผนการดูแลรายบุคคล การประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวแบบครบวงจรทุกมิติ ทั้งในด้านการบริการการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่บ้าน การส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ การจัดระบบการส่งต่อ การดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผล เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างน้อยทุก 3 เดือน

ประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประเมินจาก (1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p=.001$) และ (2) ผลลัพธ์การดำเนินการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 องค์ประกอบของพื้นที่นำร่อง ต้นแบบจำนวน 4 ตำบล บรรลุเป้าหมายที่กำหนด คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 70 โดยตำบลที่มีคะแนนสูงสุดมีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 90) และคะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 78)

สรุป: รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทบทวนกฎระเบียบหรือแนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณที่ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ การประสานงานการดูแลอย่างเหมาะสมและการติดตามให้คำปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้การใช้ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ รูปแบบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
คุณภาพชีวิต

วารสารแพทย์เขต 4-5 2562 ; 38(3) : 178-195.

ABSTRACT

Objective: to develop and evaluate the effectiveness of the integrated healthcare model for the dependent elderly in the pilot areas, Phetchaburi Province.

Methods: This research and development study was conducted between July 2017 and June 2018. The study consisted of 5 steps: (1) studied and analyzed health status data, and the ability to perform daily activities and quality of life of dependent elderly in the pilot areas; (2) studied present conditions, problems and obstacles in process of long term care for the dependent elderly in the pilot areas; (3) developed integrated healthcare model for the dependent elderly in the pilot areas; (4) evaluate effectiveness of the model; and (5) analyzed factors of success according to the model and developed policy recommendations for integrated healthcare model for the dependent elderly. The data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation); pair t-test; and content analysis.

Results: The developed model consisted of 3 main processes: 1) Preparation to promote community participation included demand analysis of potential development in healthcare team

for elderly, role assignment and processing guideline clarification, and good attitude reinforcement and potential development in healthcare for elderly. 2) Community-based integrated healthcare process included evaluation of demand and problem of elderly and individual care planning; holistic - care cooperating coordination and comprehensive long term care processes which were made up of in home care service for elderly, elderly clubs' process facilitation, dental health promotion and prevention, referral system organization, healthcare promotion and illness prevention in dependent elderly and group conference organization for individual problem. 3) Counseling and follow-up evaluation to improve healthcare were done at least every 3 months.

The effectiveness of the developed model was demonstrated by (1) post-experiment's ability to perform daily activities and quality of life of dependent elderly increased from pre-experiment's at .05 statistical significant level ($p = .001$), and (2) Result of long term care process for the dependent elderly that consisted of 7 components, achieving the goal score of more than 70% in 4 pilot are. The sub-district that had the highest score was at excellent level (90%) and the lowest score was at very good level (78%).

Conclusions: This developed integrated healthcare model for the dependent elderly focuses on the participation process of families, communities and multidisciplinary teams. The results provide the policy recommendations which require enough financial support, proper coordination, care and counseling. In addition, the clinical database can be useful in healthcare, the continuous potential development of multidisciplinary teams, families and communities to be able to take care of dependent elderly properly, result in better health status and quality of life among the dependent elderly.

Keywords : integrated healthcare, model, dependent elderly, daily activity performance, quality of life

Reg 4-5 Med J 2019 ; 38(3) : 178-195.

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรผู้สูงอายุ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งแสดงถึงการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society)

ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานของประเทศไทยมีแนวโน้มน้อยลงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ¹ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะ สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลสูง

ความเครียด รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพกาย และจิต เช่น การได้รับมลพิษจากสิ่งแวดล้อม เป็นต้น² ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ภาวะกระดูกพรุน การบาดเจ็บจากการหกล้ม และ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนมีความพิการ มีภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียง รวมทั้งขาดผู้ดูแล หรือครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแล ทำให้ต้องการ ความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น^{3,4}

ทั้งนี้ผลการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 6,394,022 คน พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน (ร้อยละ 79) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 21)⁵ ขณะที่ครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากวิถีการ ดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนย้ายแรงงาน เข้าสู่เมืองจึงพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากและไม่มี ผู้ดูแลจำนวนสูงถึงร้อยละ 13³ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อน ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ มีคุณภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด จึงเป็นประเด็น สำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการซึ่งต้องการระบบการ ดูแลสุขภาพแบบบูรณาการทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ มีระบบ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยทั้งในภาวะเฉียบพลันและ เรื้อรังอย่างเหมาะสม การพัฒนาศักยภาพของผู้สูง อายุ ญาติผู้ดูแล ภาควิชาการและทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างปลอดภัยและช่วยให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลโดยกระทรวง สาธารณสุข กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น

และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน งบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณรายหัวปกติ เพื่อให้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีม สหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ และ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵ ซึ่ง สอดคล้องกับค่านิยมขององค์การอนามัยโลก⁶ เกี่ยวกับ ระบบการดูแลระยะยาว (long term care: LTC) ว่าเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือ ของผู้ที่ประสพภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริม สุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่บน พื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยเน้นการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ระหว่างครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ โดยมีสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่างๆ ร่วมกัน ดำเนินงาน⁷⁻⁹ ทั้งนี้ในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจริง อาจมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณและการขาดแคลน บุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับจังหวัดเพชรบุรี พบว่าสัดส่วนประชากร ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีสัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 ร้อยละ 15.8, 16.4 และ 17.8¹⁰ และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 5.5 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิจารณาหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.8¹¹ จากนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและสภาพปัญหาดังกล่าว จังหวัดเพชรบุรีได้ ดำเนินการแก้ปัญหา โดยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LTC) ในระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติในปี พ.ศ. 2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ 16 แห่ง ซึ่งถือเป็นพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งยังไม่มีผลการประเมินผลการทำงานอย่างเป็นระบบ ภายหลังการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยในฐานะที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัดเพชรบุรี จึงได้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเน้นการดูแลแบบบูรณาการและประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวบรรลุเป้าหมาย มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

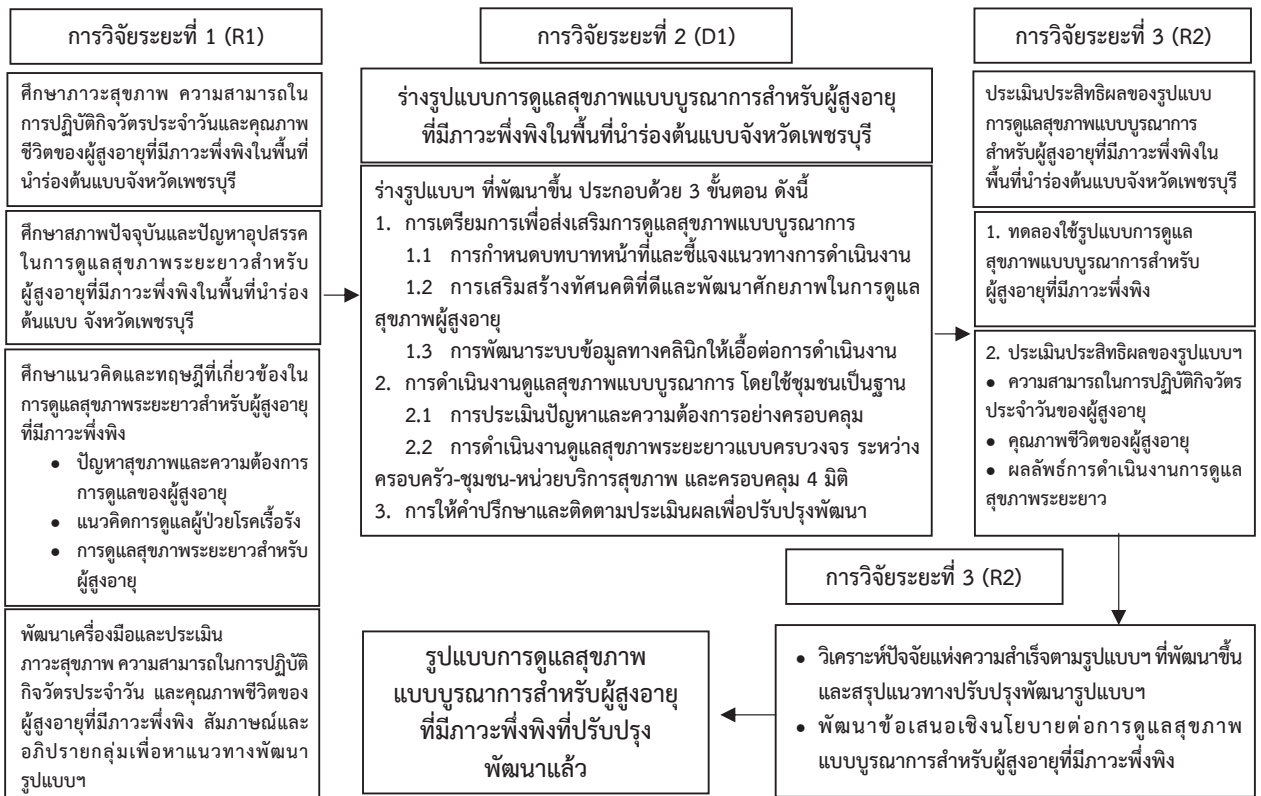
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี

5. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปรับปรุงใหม่ (expanded chronic care model) ของ Edward Wagner ซึ่งปรับปรุงโดย บาร์ และคณะ (Bar et al.)¹² ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบสุขภาพ (2) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (4) การออกแบบระบบบริการ (5) ระบบข้อมูลทางคลินิก (6) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน ร่วมกับองค์ประกอบการทำงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹³ และตัวชี้วัดระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ รวมทั้งแนวทางตามคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LCT) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยสรุปได้ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development: R&D) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 - มิถุนายน 2561 ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.ที่ 14/2559 ภายหลังจากการรับรอง ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สำหรับขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว จังหวัดเพชรบุรี 16 ตำบล ในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 331 คน และศึกษาวิจัยในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี^{5,12-14} ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 46 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายในระยะ

เวลาหนึ่งสัปดาห์ (The Barthel of activities of daily living: ADL) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) คะแนน ADL = 5-11 คะแนน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) คะแนน ADL = 0-4 คะแนน และส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁶ จำนวน 26 ข้อ มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ ความหมายเชิงลบ 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1 โดยในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน และใช้เกณฑ์การแปลผลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี โดยสำรวจพื้นที่ 16 แห่ง เพื่อศึกษาเอกสาร ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน และสัมภาษณ์เจาะลึก รายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรีมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอิมตัวของข้อมูล¹⁷ ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ จำนวน 24 คน และกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2560 และญาติผู้ดูแล จำนวน 16 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวตามเกณฑ์ประเมินตำบล ที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข^{13,14} ซึ่งกำหนดเกณฑ์แปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 = ระดับพื้นฐาน ระดับที่ 2 คะแนนร้อยละ 50-59 = ระดับพัฒนา ระดับที่ 3 คะแนนร้อยละ 60-69 = ระดับดี ระดับที่ 4 คะแนนร้อยละ 70-79 = ระดับดีมาก และระดับที่ 5 คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป = ระดับดีเยี่ยม และ (2) แนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎี^{5,12-14} เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบ และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพ โดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ระยะเวลาดังแต่เดือนตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561 โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย¹⁸ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect

size) สำหรับการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม เท่ากับ 0.5 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าความเชื่อมั่น ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน เพิ่มขนาดอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 49 คน จากนั้นคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัด เพชรบุรี ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 16 ตำบล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วน ร้อยละ 25¹⁹ ได้จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลธงชัย ตำบลดอนยาง ตำบลบ้านลาด และตำบลสมอพลือ จังหวัดเพชรบุรี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถาม และแบบประเมินผลลัพธ์ชุดเดิม ในขั้นตอนวิจัย ที่ 1-2 และ (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง คือ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 6 เดือน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอิมตัวของข้อมูล¹⁷ และหลักการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion)²⁰ ดังนี้ (1) กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการจำนวน 25 คน ประกอบด้วยผู้บริหาร จำนวน 10 คน และผู้ให้บริการ จำนวน 15 คน ใช้สำหรับการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งดำเนินการในพื้นที่นำร่องต้นแบบที่ทดลอง จำนวน 4 ตำบล ครั้งละ 6-7 คน และ (2) กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

พื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2561 ที่ทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 7 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม แบบประเมิน และแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) ที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป²¹ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินและแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 2 ราย แล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้ 1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ค่า IOC เท่ากับ 0.89 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ค่า IOC เท่ากับ 0.76 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 4) แบบประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาว ค่า IOC เท่ากับ 0.85 5) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาว (กลุ่มผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ) ค่า IOC เท่ากับ 1.00 6) แนวคำถามที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายฯ (กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ) ค่า IOC เท่ากับ 0.87 7) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและ
พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายฯ (กลุ่มผู้รับบริการ) ค่า IOC
เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
จากแบบสอบถามโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่
พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้
รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนทั้งหมด 331 ชุด คิดเป็น
ร้อยละ 100 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปราย
กลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก และผลลัพธ์การดำเนิน
งานการดูแลสุขภาพระยะยาว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล
ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายวันเวลา
และสถานที่ให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์
เจาะลึก ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และขออนุญาต
บันทึกเทปเสียงขณะสัมภาษณ์ กรณีอภิปรายกลุ่มใช้
เวลาครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ
เชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความ
สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ
ด้วยสถิติ paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การ
วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ
จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9)
อายุระหว่าง 60-108 ปี (อายุเฉลี่ย 79.6 ปี) มีอายุ
ระหว่าง 80-89 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 35.4) ส่วนใหญ่
มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 52.9) รองลงมา
คือ สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 34.1) ส่วนใหญ่สำเร็จ
การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.4) มีความ
สามารถอ่านออกเขียนได้ มากที่สุด (ร้อยละ 52.9) อาชีพ
ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 96.1) รายได้
600-25,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 1,838.40 บาท

(S.D. = 2,751.9) และส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนน้อย
กว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท (ร้อยละ 46.5) ผลการวิจัย
นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี

1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกราย มีโรค
ประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (ร้อยละ 100) ปัญหา
สุขภาพด้านร่างกายส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและ
บางรายมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ความถี่สูงสุด
5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.4)
รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 44.4)
โรคของตาและปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 32.0) โรค
ของกระดูกและข้อ (ร้อยละ 29.0) และปัญหาการกลืน
ปัสสาวะไม่อยู่ (ร้อยละ 22.7) ตามลำดับ ส่วนปัญหา
ด้านสุขภาพจิตพบว่าความถี่สูงสุดคือ นอนไม่หลับ (ร้อยละ
13.3) รองลงมา คือ เครียด/วิตกกังวล (ร้อยละ 10.3)

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความ
สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพิง
บางส่วน (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 76.1 และอยู่ในระดับ
พึ่งพิงมาก (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 23.9

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.8$, S.D.=12.1) และเมื่อ
พิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

2. สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค
ในการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี
ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน พบว่า มีการดำเนินงานตาม
นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นสมัคร เข้าร่วมเป็นพื้นที่นำร่องต้นแบบ
โครงการดูแลสุขภาพระยะยาวของสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 และดำเนินงาน

ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน มีจำนวน 16 ตำบล ซึ่งมีหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่จำนวน 23 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 331 ราย มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมอนามัยครบถ้วน คิดเป็นสัดส่วน CM: CG เท่ากับ 1: 1 ถึง 1: 13 สัดส่วน CM: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่ากับ 1: 4 ถึง 1: 44 และสัดส่วนของ CG: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่ากับ 1: 0.6 ถึง 1: 21

ผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2560 ตามเกณฑ์ประเมินตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่า ตำบลนำร่องต้นแบบที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ คือ ได้คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป มีจำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 87.5) และร้อยละ 50 ของตำบลนำร่องต้นแบบผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับดี (คะแนนร้อยละ 60-69) คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 84.3) และคะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับพัฒนา (ร้อยละ 58.6) ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกสรุปได้ดังนี้

1) ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่าการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปสู่การปฏิบัติ บางส่วนไม่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีการประสานงานเฉพาะเรื่องหรือเป็นครั้งคราว นอกจากนี้พบว่ากรณีติดตามประเมินผลการดำเนินงานไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกมีน้อย

2) ด้านงบประมาณ พบว่า งบประมาณจากงบประมาณจังหวัดไม่เพียงพอ ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงรุก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมจังหวัด

เพชรบุรีไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินกองทุน ระบบดูแลระยะยาว (long term care: LCT) ในระยะแรก (พ.ศ. 2559-2560) อยู่ระหว่างปรับแก้ไข ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มั่นใจในการโอนเงินให้หน่วยบริการสุขภาพ และชะลอการจ่ายค่าจ้างแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีงบประมาณในการจัดอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สัดส่วน CG: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอในบางพื้นที่

3) ด้านผู้บริหาร พบว่าผู้บริหารบางส่วนไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงานการดูแลระยะยาว เนื่องจากไม่ได้เข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามระบบ

4) ด้านผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการมีความพร้อมในด้านความรู้และสามารถสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดี แต่พบปัญหาบุคลากรขาดแคลนต่อการดำเนินงาน

5) ด้านผู้รับบริการ ในส่วนของญาติผู้ดูแลพบว่าต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชน สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่ต้องการการดูแลสุขภาพและสวัสดิการจากภาครัฐที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและการเพิ่มเบี้ยยังชีพ หรือเบี้ยผู้พิการเพิ่มขึ้นเพื่อลดภาระของครอบครัว และต้องการการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี พัฒนารูปแบบขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สภาพจริงจากบริบทในพื้นที่ร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เน้นการดำเนินงานมุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิง โดยจัดให้มีระบบการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองร่วมกับ

ครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ สนับสนุนการใช้ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ มีการประสานงานการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการประสานความร่วมมือของครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และทุกภาคส่วน (3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา มีการติดตามผลเป็นระยะ ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด อย่างต่อเนื่อง

ผลการตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบฯ ในด้านความเหมาะสมและสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.8$, S.D. = 0.2) มีข้อเสนอให้เพิ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และเพิ่มรายละเอียดการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ และกำหนดระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน

4. ประสิทธิภาพและรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสามด้าน ($p = .001$, .001 และ .032 ตามลำดับ) ยกเว้นค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .243$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test ($n = 49$)

รายการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4.9	4.4	7.3	3.6	7.9	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	74.0	14.4	77.7	12.4	5.0	.001
1) ด้านสุขภาพกาย	15.1	4.5	15.3	4.5	1.2	.243
2) ด้านจิตใจ	17.5	4.3	19.9	2.9	5.6	.001
3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.0	1.5	7.8	1.0	2.8	.008
4) ด้านสิ่งแวดล้อม	25.6	5.2	25.8	5.1	2.2	.032

$p < .05$

สำหรับผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่นำร่องต้นแบบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ตำบล บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกตำบล คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 70 คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับดีเยี่ยม คือ ร้อยละ 90 รองลงมาคือ ร้อยละ 86 และผลลัพธ์ของอีก 2 ตำบล มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก คือ ร้อยละ 78 และร้อยละ 79 ตามลำดับ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริงและช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ที่สมบูรณ์ โดยปรับเพิ่มรายละเอียดกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานในส่วนของการประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งรายละเอียดการจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณีในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้ชัดเจน สรุปเป็นรูปแบบฯ ที่สมบูรณ์ ดังนี้

รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินตำบล ที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย ร้อยละ 70 (ระดับดีมาก) กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

1.1 การวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ CM

ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุทั้งในเรื่องงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสัดส่วนของทีมงานต่อจำนวนผู้สูงอายุ

1.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย โดยสัดส่วน CM 1 คน ต่อ CG5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เกิน 40 คน และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่ชัดเจน

1.3 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาคำคมเจตคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเด็นที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่

1.4 การพัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิกให้เอื้อต่อการดำเนินงาน ดูแลกำกับให้มีการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และสนับสนุนการพัฒนาระบบแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรืออื่นๆ ตามความเหมาะสมในพื้นที่

2. การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นชุมชนเป็นฐานตามขั้นตอนดังนี้

2.1 การประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และวางแผนการดูแลรายบุคคลให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม

2.2 การประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวมกับครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อม

2.3 การดำเนินการดูแลสุขภาพระยะยาวแบบครบวงจร ได้แก่

2.3.1 การจัดกิจกรรมบริการการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย
สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก
(กลุ่มติดเตียง) และสัปดาห์ละครั้งในผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงบางส่วน (กลุ่มติดบ้าน) และจัดให้มีการบันทึก
ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลทางระบบไลน์ของ
ตำบลและอำเภอ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว และสะดวก
รวดเร็วในการดูแล

2.3.2 การส่งเสริมการดำเนินงาน
ของชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วย
เหลือตนเองได้ และมีภาวะพึ่งพิงบางส่วน ให้มีส่วนร่วม
และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินกิจกรรมของชมรม
อย่างต่อเนื่อง

2.3.3 การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ
ในระดับตำบล จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ
อย่างน้อย 1 ครั้ง และจัดบริการรักษาพยาบาลและส่งต่อ
เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปาก

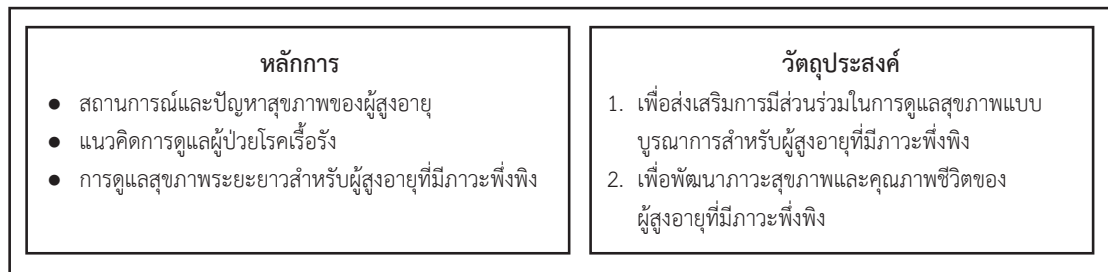
2.3.4 การจัดให้มีระบบการส่งต่อ
กรณีเจ็บป่วยเฉียบพลัน และต้องรับการรักษาใน
โรงพยาบาล โดยสมาชิกในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสานงานข้อมูล และแจ้ง
ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขระดับ
ตำบล เพื่อช่วยเหลือเร่งด่วน และประสานงานการ
ส่งต่อหรือตัดสินใจรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

2.3.5 การสนับสนุนการดูแลส่งเสริม
สุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพ “3อ.2ส.” ได้แก่ การรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย และการจัดการดูแลด้าน
อารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา รวมทั้งจัดสิ่ง
แวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และจัดให้มีบริการ
เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

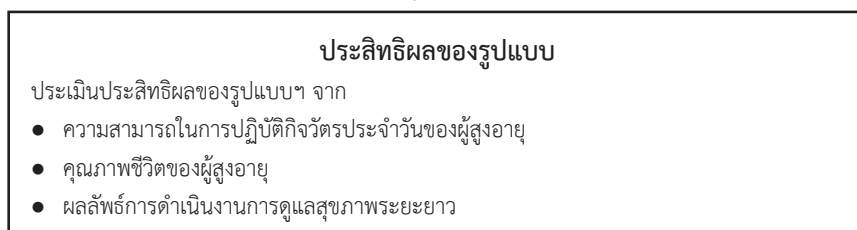
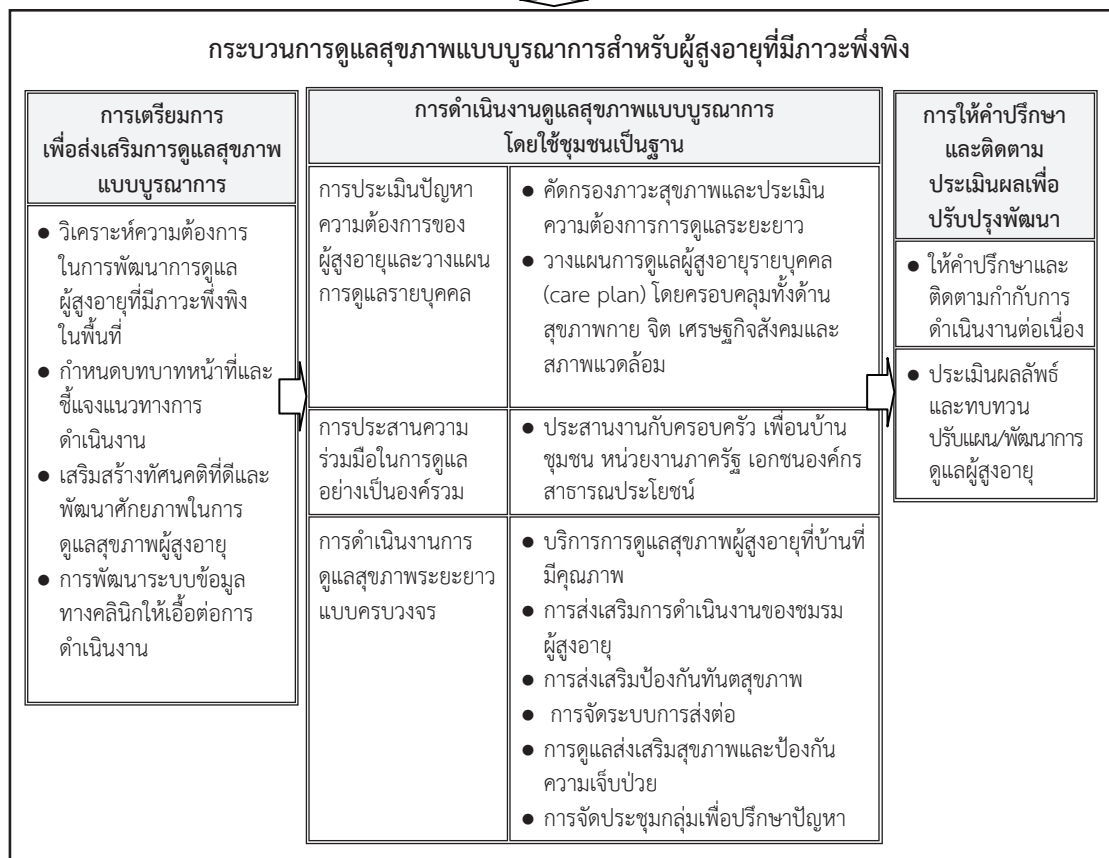
2.3.6 การจัดประชุมกลุ่ม เพื่อ
ปรึกษาปัญหารายกรณีทั้งระดับตำบล อำเภอ และ
จังหวัด ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนต้องพิจารณาหรือตัดสินใจ
ปรับแผนการดูแลร่วมกัน

3. การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผล
เพื่อปรับปรุงพัฒนา กำหนดให้มีการกำกับติดตาม
การดำเนินงานแต่ละระดับ และให้คำปรึกษาเป็นระยะ
ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด นอกจากนี้ร่วมกัน
ประเมินและทบทวนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบท
ของผู้สูงอายุ และสรุปประเมินผลงานตามเกณฑ์ประเมิน
ตำบล ที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
อย่างน้อยทุก 3 เดือน

รูปแบบฯ ที่ปรับปรุงพัฒนาแล้ว แสดงดังรูปที่ 2



ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
ผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์



รูปที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการอภิปรายกลุ่มของผู้บริหารและผู้ให้บริการ และผลการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล สามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ 2 ด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย (1) วิสัยทัศน์และภาวะผู้นำของผู้บริหาร (2) การกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน และกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม (3) ศักยภาพของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทุกระดับ (4) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาความต้องการและการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของทีมงานสุขภาพ (5) ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย (6) การสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ (7) การมีระบบบันทึกและฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ (8) ความร่วมมือของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

2) กระบวนการประกอบด้วย (1) การวางแผนการดูแลแบบบูรณาการที่ดี (2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลที่ชัดเจน และสอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม (3) การบริหารจัดการการดูแลแบบมีส่วนร่วม และ (4) การติดตามกำกับและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสรุปได้ดังนี้

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรเร่งทบทวนกฎ

ระเบียบข้อบังคับหรือชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และกำหนดแนวปฏิบัติของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวให้ชัดเจน และควรทบทวนระเบียบหรือลดขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนระบบดูแลระยะยาว (long term care: LCT) เพื่อให้สามารถบริหารจัดการและดำเนินงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

2) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยศึกษาวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนา เพื่อให้สามารถพัฒนาทีมงานได้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

4) หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ควรสนับสนุนการใช้ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก เพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนรายบุคคล และการส่งต่อข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพ

5) รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเน้นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นการนำรูปแบบฯ ไปใช้ควรวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้าน และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน

6) การส่งเสริมการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องสนับสนุนให้มีการประสานงานการดูแลอย่างเหมาะสม และมีการติดตามให้คำปรึกษาเป็นระยะรวมทั้งติดตามผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

วิจารณ์

สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาร่องต้นแบบ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและบางรายมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ความถี่สูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนับเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายในการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ของเอกชัย และคณะ²² พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง มีเพียงร้อยละ 5 ที่ตรวจไม่พบปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และพบว่าอุบัติการณ์สูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง^{3,22} ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพิงมากถึงร้อยละ 23.9 และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพและเกิดภาระที่ต้องดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นสิ่งจำเป็น จากรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะเห็นได้ว่า กระบวนการเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการจำเป็นต้องเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และมีการพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยให้มีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแลรายบุคคล มีการแบ่ง

หน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญภา⁹ ที่พบว่า การเปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมประเมินผล จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและตอบสนองตรงตามความต้องการ นอกจากนี้การสนับสนุนการใช้ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก เพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคลและการส่งต่อข้อมูล จะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้รวดเร็ว และสอดคล้องกับปัญหาความต้องการที่เพิ่มขึ้น และผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Edward Wagner ซึ่งปรับปรุงโดย บาร์และคณะ (Bar et al.)¹³ กล่าวคือ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการดูแลอย่างเป็นระบบ สนับสนุนการจัดการตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การใช้ระบบสารสนเทศทางคลินิก และมีการติดตามให้คำปรึกษาและประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของรูปแบบที่ดี ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

สรุป

ผลการวิจัยทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดี การพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง และการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ช่วยให้สามารถดำเนินงานตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การวางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ กล่าวได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบฯไปใช้
ผู้บริหารทุกระดับควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และสนับสนุนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมงานที่ดี โดยเฉพาะผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ซึ่งเปรียบเสมือนหัวหน้าทีมในการดูแลในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญในการดูแลระยะยาว
2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตควรศึกษาระยะยาวโดยติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานดูแลระยะยาวที่ชัดเจนและครอบคลุมรายละเอียดตามองค์ประกอบของรูปแบบเพิ่มขึ้น และศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมงานในการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และนายบุญลาภ ทิพย์จันทร์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี ทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบ และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันพัฒนาและวิจัยผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaitgri.org/?p=38427>
2. Linton A, Lach H. Matteson & McConnell's Gerontological Nursing. 3rd ed. St. Louis: Elsevier; 2007.
3. สัมฤทธิ์ อารังสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2554.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
6. World Health Organization. Lessons for long-term care policy. France: Creative Publications; 2002.
7. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:1018-29.
8. ประภาพร จอมเทพมามา. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560;31(3):507-22.
9. เพ็ญนภา มะหะหมัด. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุโงโลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561;10: 51-63.

10. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. รายงานข้อมูลจำนวนประชากรจังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2561.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. รายงานสถิติภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2560.
12. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* 2003;7:73-82.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://eh.anamai.moph.go.th/download/article/article_20180625164331.pdf
14. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ; 2560.
15. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. 2540 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
16. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต; 2553.
18. Cohen, JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation [Internet]. 1977 [cited 2018 October 31]. Available from: URL: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=XF2016013159>
19. นงลักษณ์ วิรัชชัย. วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช; 2552.
20. สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
21. Waltz C, Strickland OL, Elizabeth LE. Measurement in nursing and health research. 5th ed. New York: Springer; 2016.
22. เอกชัย เพียรศรีวัชรา และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.