

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย

The model development of health care for elderly patient with chronic disease in Na Haeo District Loei Province.

นายชัชชัย เหมือนศรีชัย Mr.Chatchai Mueansrichai

วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต Bachelor of Pubic Health

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนาแห้ว Na Haeo Pubic Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพกาย สุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สรุปเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน One Way ANOVA และ Kruskal Wallis Test และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2564-กันยายน พ.ศ.2565

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ย 71.62 ปี (S.D.=9.354) ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.5 เบาหวาน ร้อยละ 11.5 ดัชนีมวลกายผอมและปกติ ร้อยละ 59.6 ($X=22.06 \text{ kg/m}^2$, S.D.=4.13) สุขภาพกายวัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel ADL Index สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก ร้อยละ 96.1 (12-20 คะแนน) และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ร้อยละ 0.3 การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ร้อยละ 24.5 มีระดับสุขภาพจิตในระดับมาตรฐาน ร้อยละ 70.3 มีระดับสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 15.4 ความแตกต่างของค่าความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 3 กลุ่มสุขภาพจิต พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.755)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่ได้รับการพัฒนาโดยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและอบรมผู้ดูแลให้ครบทุกหมู่บ้าน ดำเนินการโดยกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดความเหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ, การพัฒนาารูปแบบ, สุขภาพกายและสุขภาพจิต

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนาแห้ว จังหวัดเลย โทร..... Email:.....

Abstract

This research and development aim to study the health status and mental health in chronic disease elderly patient and development the health care model. The sampling used multistage cluster sampling. Data collected by interviewing questionnaire. After that, input data to steak holder for development the health care guideline. The quantitative data analyzed by descriptive statistic and inferential statistics by One Way ANOVA and Kruskal Wallis test. The qualitative data analyzed by content analysis. The data collected from October 2021 to September 2022.

The results revealed that the chronic disease elderly patients were 56.2 % female. The average age 71.62 years (S.D. = 9.354). The chronic diseases were hypertension 69.5% and diabetes mellitus 11.5%. The BMI were thin and normal 59.6 %. ($X=22.06$, S.D.= 4.13). The health status as measured by Barthel ADL Index found that can help themselves 96.1 % (12-20 points) and cannot help themselves 0.3 %. The depression screening by 2 and 9 questions found that 24.5 % were risk groups. The mental health statuses were standard 70.3% and under standard 15.4%. When test the Barthel activity daily living index in three groups of mental health status by One Way ANOVA was not different ($P\text{-value}=0.755$).

The chronic elderly patient health care model was development by establish the center of improving the quality of life for the elderly. The care giver must be training cover all village. Operated the center by aria health funds. The focus on the participation of network partners resulting in appropriateness and sustainability.

Keyword: Chronic Disease Elderly Patient, Model Development, Health and Mental Health.

Na Haeo District Health Office Loei Province Tel Email:

บทนำ

มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาบนโลกนี้ ล้วนต้องการมีสุขภาพดี มีชีวิตยืนยาว แน่นนอนที่สุด สิ่งแวดล้อมในประเทศที่เราอาศัยและรอบๆประเทศของเรามีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนที่อาศัยอยู่ รวมถึงบริการสุขภาพที่มีและใช้ภายในประเทศนั้นๆ (WHO.2020) อย่างไรก็ตามประชากรโลกมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น โดยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นทุกปี โดยพบว่า ในปี ค.ศ.2019 มีประชากรผู้สูงอายุราว 1,000 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,400 ล้านคนในปี ค.ศ.2030 และเพิ่มเป็น 2,100 ล้านคนในปี ค.ศ.2050 (WHO.2020) ความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรเหล่านี้ จำเป็นจะต้องมีการปรับตัวทางสังคมและโครงสร้างพื้นฐานทุกภาคส่วน ทั้งการจัดการดูแลสุขภาพและสังคม การขนส่ง การจัดการที่อยู่อาศัย การผังเมืองและอื่นๆเพื่อรองรับวิถีการทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป (WHO.2020)

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ.2013 พบว่าประเทศที่มีประชากรอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) สูงที่สุดในโลกได้แก่ ญี่ปุ่น เฉลี่ย 83 ปี (ชาย 79 ปีหญิง 86 ปี) สวิตเซอร์แลนด์ เฉลี่ย 83 ปี (ชาย 80 ปีหญิง 85 ปี) และประเทศชานมารีโน เฉลี่ย 83 ปี (ชาย 82 ปีหญิง 83 ปี) และยังพบว่า ประเทศที่มีประชากรอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ต่ำที่สุดในโลกได้แก่ประเทศเซราลีโอน (Sierra-le-one) เฉลี่ย 47 ปี (ชาย 46 ปีหญิง 47 ปี) ประเทศไทยนับว่าอยู่ในกลุ่มประเทศที่ประชากรอายุยืนยาว แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอายุยืนยาวที่สุด กล่าวคือประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเฉลี่ย 74 ปี (ชาย 71 ปีหญิง 78 ปี) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.2015) ดังนั้น หลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และแยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ (WHO, 2020)

- กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
- กลุ่มที่ 2 ผู้ชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
- กลุ่มที่ 3 ผู้ชรามาก (Very Old) มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป

ประเทศไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2548 โดยอ้างอิงนิยามขององค์การอนามัยโลก โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อีกทั้งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าในปีพ.ศ.2553 ไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 4,658,940 คนคิดเป็นร้อยละ 12.89 ของประชากรทั้งหมดของประเทศและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ. 2573

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้มาจากปัจจัยเกื้อหนุน 2 ประการ คือ

ประการแรก หลังจากเริ่มมีการวางแผนครอบครัวใน พ.ศ.2513 อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อสัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น และวัยแรงงานที่ค่อยๆลดลง โดยครอบครัวส่วนใหญ่นิยมมีบุตร 2 คน ซึ่งมีผลมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลโดยตรงต่อสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

ประการที่สอง เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความก้าวหน้า ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ดี ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น อายุยืนยาวมากขึ้น โดยชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71 ปี ในขณะที่หญิงไทยมีอายุเฉลี่ย 75 ปี

สถานะสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง อีกประการที่สำคัญคือการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ โดยพบว่าจากการศึกษาในประเทศไทย ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 โรคสูงถึงร้อยละ 80 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 6 อันดับได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็ง (ประภาส อุครานันท์ และคณะ. 2557) การประเมินสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีเครื่องมือหลากหลาย โดยปกติเครื่องมือที่ใช้จะสอดคล้องกับกลุ่มที่ต้องการประเมิน หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะประเมินสุขภาพจิตประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐรวมทั้งการจัดบริการเวชปฏิบัติครอบครัว โดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิตในการประเมินขั้นต้นด้วยเครื่องมือ 2 คำถาม และ 9 คำถาม (2Q/9Q) ซึ่งเมื่อทราบความผิดปกติก็จะจัดบริการพิเศษเพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่อง อีกประการที่กรมสุขภาพจิตใช้วัดประเมินสุขภาพจิตบุคคลทั่วไปคือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Mental Health Indicators: TMHI-66) โดยใช้แบบสำรวจทั่วไป ซึ่งในการวิจัยนี้ได้นำเครื่องมือที่สถานบริการสาธารณสุขใช้ตามปกติมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ หากประเมินสุขภาพกาย อาจต้องใช้เครื่องมือวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งโดยปกติใช้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Barthel Activity of Daily Living Index: Barthel ADLI) มาประยุกต์ประกอบในเครื่องมือด้วย

การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ อาจต้องเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น และภาระรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องจากแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

มากขึ้นเช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคสมองเสื่อม โรคเมะเร็งและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ส่งผลให้รัฐต้องจ่ายงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข.2556) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล.2542) กอปรกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการจัดบริการในระดับครัวเรือนโดยทีมหมอครอบครัว จัดบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลใกล้ชิดดูญาติมิตรโดยการจัดทีมหมอบริการในระดับหมู่บ้าน ตำบล เพื่อดูแลและจัดบริการที่เหมาะสมด้วยเวชปฏิบัติครอบครัว แก้ไขปัญหาสุขภาพรายบุคคล ครัวเรือน สร้างเครือข่ายการจัดบริการดูแลใกล้ชิด ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมอื่นๆในชุมชน มุ่งเน้นการจัดบริการแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ

อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย เป็นอำเภอนาขนาดเล็ก มีประชากรทั้งหมด 11,675 คน เป็นชาย 5,879 คน และหญิง 5,796 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งสิ้น 2,191 คน (ชาย 1,018 คน, หญิง 1,073 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.77 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแห้ว, 2564) ในกลุ่มผู้สูงอายุพบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1,309 คน คิดเป็นร้อยละ 59.74. พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 589 คนเบาหวาน 94 คน เป็นทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 245 คน และโรคเรื้อรังอื่นๆจำนวน 381 คน มีผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งหมดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 1.15 ของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั้งหมด จากบริบทพื้นที่ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ มีความต้องการบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ส่วนหนึ่งต้องได้รับการดูแลพิเศษโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และบางคนควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปัญหาที่สำคัญอีกประการซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพทางกายคือปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว ปัญหาทางสังคม ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ส่งผลเชื่อมโยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ซึ่งในหลายกรณีส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในที่สุด และในบางพื้นที่ไม่พบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดบริการ ที่เหมาะสมในระดับชุมชนและครัวเรือน ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวสิ่งสำคัญอีกประการคือมุมมองภาคประชาสังคม (Civil Societal Perspective: CSP) ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่นๆในชุมชน จะส่งผลอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ นำมาซึ่งคำถามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

เรื้อรังสูงอายุ อำเภอนาแห้วเป็นอย่างไร จะสามารถพัฒนาได้อย่างไร เมื่อได้รับคำตอบจากการวิจัยนี้ นักวิจัยคาดหวังในการนำไปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานในภาพรวมเพื่อการจัดการและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุในอำเภอนาแห้ว ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- (1) เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ
- (2) เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา

วิเคราะห์สถานการณ์โดยการศึกษาสถานะสุขภาพกายสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้เสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุและร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในอำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย

ขอบเขตด้านพื้นที่ประชากรและเวลา

การศึกษานี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์สถานะสุขภาพกายสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุในอำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ จำนวน 384 คน โดยเก็บข้อมูลภาคตัดขวางระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2564

ระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุขหรืออื่นๆที่ได้รับการเสนอโดยกลุ่มสมาชิก 10-12 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ทดลองใช้แนวทางที่ได้รับการพัฒนา และประเมินผลการดำเนินงาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D) นี้ ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิจัย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ จากนั้นนำเสนอข้อมูลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพัฒนาแนวทางและนำแนวทางที่ได้รับการพัฒนาสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2564 - กันยายน พ.ศ.2565 รายละเอียดประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่ม

ตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในอำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย โดยการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling) กอปรกับไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัด เนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นทุกเดือนที่มีการคัดกรอง จึงเลือกใช้สูตร

$$n_{srs} = (Z^2 \alpha_2 p(1-p)/d^2)$$

Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดในที่นี้กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 จะได้ค่า Z = 1.96

D = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นในการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 5 % มีค่า=0.05

P = โอกาสในการถูกเลือกหรือค่าสัดส่วนของโอกาสในการถูกเลือก = 0.5

$$n_{srs} = \text{กลุ่มตัวอย่างจำนวน } 384 \text{ คน}$$

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 กลุ่ม แยกตามสัดส่วนรายตำบล อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย (ฉวีวรรณ บุญญา.2543)

(2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุโดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข หรืออื่นๆที่ได้รับการเสนอโดยกลุ่มสมาชิก 10-12 คน

เครื่องมือวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือวิจัย โดยการประยุกต์และพัฒนาเครื่องมือจากแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. 2558) และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย(TMHI- 66) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 การประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q /9Q

ส่วนที่ 4 การประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก กำหนดคะแนน ดังนี้

ไม่เลย= 1 คะแนน เล็กน้อย =2 คะแนน

มาก= 3 คะแนน มากที่สุด =4 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ กำหนดคะแนน ดังนี้

ไม่เลย= 4 คะแนน เล็กน้อย =3 คะแนน

มาก= 2 คะแนน มากที่สุด =1 คะแนน

การแปลผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ มีข้อคำถามการประเมินทั้งสิ้น 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน เมื่อผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุตอบการสัมภาษณ์แล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่กำหนดในกลุ่มทั่วไปดังนี้ ($\bar{X} \pm 1S.D.$) =

69-108 คะแนน มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

109-140 คะแนน มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

141-166 คะแนน มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good)

ทั้งนี้ เปรียบเทียบค่าปกติของกลุ่มจากการประเมินค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) + /- 1 SD.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ตรวจสอบฐานข้อมูลบัญชี 1 ของระบบฐานข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป HOS-XP

(2) ยืนยันรายชื่อผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุตามทะเบียนบัญชี 1 โดยบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน

(3) แบ่งกลุ่มโดยใช้หมู่บ้านเป็นกลุ่มในการสุ่ม

(4) สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อที่เรียงลำดับของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง และ โรคเรื้อรังอื่นๆ

(5) ดำเนินการสัมภาษณ์โดยบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน

(6) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุโดยการสนทนาโดยใช้แนวคำถามสืบค้น เพื่อการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

(1) ผลการศึกษานะสุขภาพกายสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุพบรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุจำนวน 384 คน ชาย ร้อยละ 43.8 หญิงร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ย 71.62 ปี (S.D.=9.354) ศาสนา พุทธร้อยละ 99.2 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.3 ไม่ได้ศึกษาร้อยละ 13.3 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 79.2 มีรายได้ตั้งแต่ 1-1000 บาท/เดือน ร้อยละ 64.3 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 31.3 รายได้เฉลี่ย 2,212 บาท/เดือน ฐานะครอบครัวพอมีพอใช้ ร้อยละ 72.1 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.5 โรคเบาหวานร้อยละ 11.5 โรคหัวใจร้อยละ 0.8 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 3.4 โรคมะเร็งร้อยละ 3.9 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 10.9 (รายละเอียดตามตารางแนบท้าย 1)

ส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพ/ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สถานะสุขภาพโดยรวมพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.06 kg/m² (S.D.=4.13) โดยแยกเป็น ผอม (BMI<18.5 kg/m²) ร้อยละ 17.2 ปกติ (BMI=18.5-22.9 kg/m²) ร้อยละ 42.4 ท้วม (BMI=23.0-24.9 kg/m²) ร้อยละ 19.8 อ้วน (BMI=25.0-29.9 kg/m²) ร้อยละ 16.7 และ อ้วนมาก (BMI>=30.0 kg/m²) ร้อยละ 3.6

สุขภาพทางกาย ซึ่งวัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยใช้ Barthel Activity of Daily Living Index (Mahoney FI, Barthel D, 2022) พบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง

สูงอายุร้อยละ 96.1 สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากไม่เป็นภาระพึ่งพา (12-20 คะแนน) ร้อยละ 1.8 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 1.0 สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย (5-8 คะแนน) และร้อยละ 1.0 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ พิกการหรือทุพพลภาพ (0-4 คะแนน) (รายละเอียดตามตารางแนบท้าย 2)

ส่วนที่ 3 การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม/9 คำถาม (2Q/9Q) และประเมินระดับสุขภาพจิต

การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) กับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ พบว่า ร้อยละ 24.5 มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและเมื่อประเมินคัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า ร้อยละ 61.5 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (< 7 คะแนน) ร้อยละ 34.1 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 3.9 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.3 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (19-27 คะแนน)

การประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยประยุกต์จากเครื่องมือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Mental Health Indicators: TMHI-66) (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 124.72 คะแนน (S.D=16.101, Min=69, Max=166) และเมื่อนำมาแปลผลพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 15.4 (69-108 คะแนน) ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีสุขภาพจิตเท่ากับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 70.3 (109-141 คะแนน) และผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 14.3 (142-166 คะแนน) (รายละเอียดตามตารางแนบท้าย 3)

กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีระดับความเครียด 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับความเครียดน้อยกว่ามาตรฐาน กลุ่มที่มีระดับความเครียดมาตรฐาน และกลุ่มที่มีระดับความเครียดมากกว่ามาตรฐาน มาเปรียบเทียบความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADLI) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.755) (รายละเอียดตามตารางแนบท้าย 4)

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในอำเภอนาแห้ว มีความหลากหลาย โดยปกติมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก 2 หน่วยงานคือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับ หน่วยงานสาธารณสุข การศึกษาค้นหาแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา และแนวทางที่เหมาะสมในอนาคต ในแต่ละตำบล โดยมีกระบวนการสนทนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบลต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในตำบลของตนเอง ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ เพื่อพัฒนาสุขภาพกายสุขภาพจิต ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสม

แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่ผ่านมา

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละตำบล ตามบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ประกอบด้วย กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ดูแลที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ติดบ้านติดเตียง กิจกรรมการตรวจสุขภาพ บริการพร้อมการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยรูปแบบที่ดำเนินการอยู่ ดังนี้

*ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุ

*บันทึกข้อมูล Care Plan กลุ่มติดบ้านติดเตียงเพื่อขอรับการสนับสนุนจาก สป.สช.เขตสุขภาพที่ 8 ผ่านกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่

* รพ.สต. ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยไปยังกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อนำเข้าเงินบำรุงฯ

*รพ.สต.จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติจาก สสจ.เลย

* ให้บริการตาม Care Plan โดย Care Giver

* เบิกจ่ายค่าตอบแทน แก่ Care Giver

ปัญหาอุปสรรค

● จากปัญหาเรื้อรังในการดำเนินงาน Care Giver ที่มีอยู่ลาออก ทำให้ไม่มี Care Giver ในการดำเนินงาน

● องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ได้ตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ การเบิกจ่ายเงินเป็นอุปสรรค

● องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีขนาดเล็ก ไม่มีกองสาธารณสุข จึงไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เป็นเสมือนงานฝาก

รูปแบบการดำเนินงานที่ได้รับการพัฒนาแล้ว

● องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ

● จัดอบรม Care Giver ใหม่ให้มีตัวแทนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยยึดความเพียงพอต่อการจัดบริการ

● ดำเนินการเร่งรัดการประเมินสุขภาพและการเขียน Care Plan โดยจัดหาค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจให้บุคลากร

● ดำเนินการดูแลและเบิกจ่ายภายใต้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ

วิจารณ์และสรุป

(1) สถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีสัดส่วนแตกต่างกันเล็กน้อย ขณะที่สัดส่วนชายกับหญิงในภาพรวมของอำเภอใกล้เคียงกัน ส่วนโรคเรื้อรังที่ป่วยมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ตามด้วยโรคเบาหวาน ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็ง มีเพียงเล็กน้อย ดังนั้นมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังควรมีความจำเพาะเจาะจงในการดำเนินการมุ่งเน้นโรคความดันโลหิตสูงและ

เบาหวานเป็นหลัก ส่วนโรคอื่นๆก็ให้ความสำคัญลดหลั่นลงไป เชื่อมโยงภาระงานในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในปัจจุบัน ที่รับภาระงานอย่างหนักในการจัดการบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพกาย/ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สถานะสุขภาพโดยรวมพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.06 kg/m²(S.D.=4.13) ซึ่งในภาพรวมอยู่ในระดับปกติ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมักมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ซึ่งเชื่อมโยงกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปกติผู้สูงอายุในภาคอีสานมักบริโภคอาหารพื้นบ้าน ไขมันต่ำ น้ำตาลน้อย ไม่ชอบใส่กะทิในอาหารยกเว้นในอาหารประเภทของหวาน (บุญมา สุนทราวิรัตน์. 2556) แต่ในระยะหลังวิถีชีวิตสุขภาพของคนอีสานเปลี่ยนแปลงไปพอควร มีความสะดวกสบายมากขึ้น กิจกรรมในแต่ละวันลดลงโดยเฉพาะการเดิน การรับประทานแป้งและน้ำตาลมากขึ้น กอปรกับมีร้านสะดวกซื้อสามารถซื้อหาได้ตลอดเวลา จำนวนมื้ออาหารเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมอดบริโภคมากขึ้น ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้แต่ในบริบทแบบชนบท

สุขภาพทางกาย วัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยใช้ Barthel Activity of Daily Living Index ซึ่งโดยปกติเครื่องมือนี้ใช้ประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยนี้นำมาประยุกต์เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพา มีเพียงสัดส่วนเล็กน้อยที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง ภาวะพึ่งพาสมบูรณ์ พิกการหรือทุพพลภาพ ในจำนวนนี้ ควรมีการประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหารายบุคคล และมีกระบวนการจัดการบริการทางการแพทย์ที่บ้านอย่างเหมาะสม ทั้งโดยผู้ดูแล(Care Giver)และบุคลากรสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม และ 9 คำถาม และประเมินระดับสุขภาพจิต

การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามและ 9 คำถาม (2Q&9Q) กับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 24.5 ในกลุ่มนี้มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงเพียง ร้อยละ 0.3 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เจาะลึกเป็นรายบุคคลพบว่ามีความเชื่อมโยงกับหลายประการ ทั้งพยาธิสภาพของโรค และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประวิตร วณิชชานนท์ เรื่องสุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอร่อง จังหวัดสตูล ซึ่งพบอัตราการมีปัญาสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 0.23 และมีภาวะซึมเศร้าเพียง ร้อยละ 0.09 (ประวิตร วณิชชานนท์, 2558)

ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยประยุกต์ผสมผสานกับเครื่องมือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ซึ่งพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 124.72 คะแนน (S.D.=16.101, Min=69, Max=166) โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่กว้างมากนักซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มปกติมาตรฐานการมีสุขภาพจิตที่ดี หากเพียงแต่ยังมีผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไปร้อยละ 15.4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะต้องนำมาใช้ในวางแผนในการดำเนินการจัดการบริการสุขภาพในระดับครัวเรือนโดยผู้ดูแล(Care Giver) และเวชปฏิบัติครอบครัวตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายหมอบริการครอบครัว (Family Care Team: FCT)⁽⁶⁾ ผสมผสาน สหวิชาชีพในการจัดการบริการสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาจพิจารณาดำเนินการในกลุ่มคะแนนต่ำสุดซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งการแก้ไขปัญหารายบุคคลเป็นกุญแจสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดและครอบคลุมรอบด้าน เนื่องจากปัญหาของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัวแตกต่างกัน ถึงแม้จะคล้ายคลึงกันก็ตาม

(2) ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ เชื่อมโยงถึงปัญาสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถนำมาขับเคลื่อนร่วมกับภาคส่วนต่างๆอย่างเหมาะสม ตรงประเด็นและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ในทุกท้องถิ่น และขับเคลื่อนการจัดบริการภายใต้ศูนย์ฯ โดนการประสานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลนาแห้ว และ รพ.สต. รวมทั้ง Care Giver ที่ผ่านการอบรม ทั้งนี้ ในภาพรวมสามารถลดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานได้อย่างดี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่ได้รับการพัฒนาโดยสรุป

1) กระบวนการเตรียมความพร้อม

- (1) จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในกำกับท้องถิ่น
- (2) สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขผ่านการอบรม ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)
- (3) อบรม Care Giver ให้ครบทุกหมู่บ้าน และเพียงพอ
- (4) กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่งตั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ

- อสม./ Care Giver /บุคลากรสาธารณสุข/จนท.ท้องถิ่นร่วมประเมินสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ เขียน Care Plan บันทึกข้อมูล และตรวจสอบยืนยันข้อมูล โดยจัดทำคำตอบแทนเป็นแรงจูงใจให้บุคลากร

- เมื่อได้รับจัดสรรงบจาก สป.สช. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แจ้างประสาน บุคลากรสาธารณสุข
- คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ ดำเนินการประชุมและอนุมัติงบประมาณดำเนินการ
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจัดหาวัสดุที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย รายกรณี แต่ละบุคคล
- Care Giver และบุคลากรสาธารณสุขออกติดตามให้บริการตาม Care Plan
- ส่งหลักฐานการเบิกจ่ายค่าตอบแทนแก่ Care Giver
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเสนออนุมัติจ่ายค่าตอบแทน
- ประเมินผลการจัดบริการตาม Care Plan รายบุคคล
- ประชุมสรุปผลการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นราย 6 เดือน

ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค

การศึกษานี้ดำเนินการในห้วงเวลาที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีข้อจำกัดในการดำเนินงานหลายประการ รวมทั้งกิจกรรมการดูแลและพบปะ การเยี่ยมบ้าน และอื่นๆ รวมทั้ง ข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่จัดเก็บจากผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุเป็นหลัก บางกรณีเป็นการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากบุตรหลาน ผู้ดูแล หรือญาติผู้ป่วย จากภาวะหลงลืม หรือเจ็บป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ดังนั้นข้อมูลจากบุคคลข้างเคียงจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยได้พยายามทบทวนหลายครั้งในบางประเด็น เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่เป็นจริงหรือใกล้เคียงมากที่สุด เพื่อผลการวิจัยที่ตรงตามความเป็นจริง เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

เพื่อเติมเต็มการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ควรนำผลของการวิจัย สู่การปฏิบัติในรูปแบบการนำนโยบายขับเคลื่อนในระดับอำเภอ และนำสู่แผนนโยบายภาคประชาสังคม ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐและภาคประชาชนต่อไป และควรมีกระบวนการในการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงานรวมทั้งกระบวนการคืนข้อมูล ปรับปรุงแนวทางที่เหมาะสม สอดคล้องและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม บุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากการสัมภาษณ์ เป็นไปด้วยความยากลำบากจากอุปสรรคต่างๆ ทั้งการสื่อสารและการรับรู้ของผู้สูงอายุ รวมถึงความหลงลืมต่างๆ ข้อมูลบางรายการได้รับจากบุคคลข้างเคียงผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ นักวิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization: WHO. Ageing and Health. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/> at: 24/Mar /2016.
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประชากรจำแนกตามอายุรายปี เพศและเขตการปกครอง ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2553. สืบค้นจาก: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm เมื่อ 10 ตุลาคม 2558
- [3] ประภาส อุครานันท์ และคณะ. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. มปส. 2557
- [4] กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี. 2556.
- [5] วิพรรณ ประจวบเหมาะรุฟโฟโล. ผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวโน้ม คุณลักษณะ และปัญหา. เอกสารประกอบการอภิปราย เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพกับปีสากล ว่าด้วยผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2542. เอกสารอัดสำเนา.
- [6] กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการมอบนโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. 2558. เอกสารอัดสำเนา.
- [7] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแฉ้ว. ฐานข้อมูล Health Data Center: HDC. 2564.
- [8] ฉวีวรรณ บุญญา. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข หน้าที่ 8. หน้า26-58. นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. 2543.
- [9] กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย Thai Happiness Indicators(TMHI-66). สืบค้นจาก: <http://www.dmh.go.th/test/qtnew/asheet.asp?qid=3> เมื่อ 20 ธันวาคม 2558.
- [10] Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61.
- [11] กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร. มปส. 2555.
- [12] บุญมา สุนทรวีรัตน์. ชีวิตยืนยาวอย่างมีสุข: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่อายุเกิน100ปี อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ฉบับพิเศษ. 2556.
- [13] ประวิตร วณิชชานนท์. สุขภาพจิตประชากรอายุ15-59 ปี อำเภอร่อง จังหวัดสตูล. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550. สืบค้นจาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/discover> เมื่อ 1 เมษายน 2558

Appendix1

Table1 The chronic disease of elderly patient in Na Haeo District Loei Province

The chronic disease	No	Percentage (n=384)
Hypertension	267	69.5
Diabetes mellitus	44	11.5
Heart Disease	3	0.8
Paralyses	13	3.4
Cancer	15	3.9
Other Chronic Disease	42	10.9
Total	384	100.0

Table2 The Barthel activity daily living index of chronic disease elderly patient in Na Haeo District Loei Province

The Barthel activity daily living index	No	Percentage (n=384)
Self-reliant	369	96.1
Middle level dependent	7	1.8
Less level dependent	4	1.0
Completely dependent (Disability)	4	1.0
Total	384	100.0

Table3 The mental health level of chronic disease elderly patient in Na Haeo District Loei Province

The mental health level	No	Percentage (n=384)
Under standard group (69-108)	56	15.4
Standard group (109-140)	270	70.3
Over standard group (141-166)	55	14.3
Total	384	100.0

Table 4 The One Way Analysis of Variance in three groups of stress level in chronic elderly patient who can take activity daily living index different.

Barthel ADLI	df	ss	ms	f	p-value
Between Groups	2	4.654	2.327	0.281	0.755
Within Groups	381	3149.968	8.268		
Total	383	3154.662			