

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์
Effectiveness Of an Integrated Healthcare Model With Community Health Networks And Telemedicine For Dependent Older Adults: A Study Of the Primary Care Cluster In Thapla, Uttaradit Province.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

กษิพัฒน์ เชียงแรง¹พัชรภรณ์ ปินตา¹
Kasipash Chiangrang¹ Pacharaporn Pinta¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การศึกษาดำเนินการในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2567 ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 45 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและบันทึกปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ADL และการทดสอบ McNemar เพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 7.07 เป็น 7.91 นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับและปัญหาการนอนหลับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ระบบการดูแลระยะยาว, การแพทย์ทางไกล, คลินิกหมอครอบครัว

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of an integrated healthcare model for dependent older adults in the community, utilizing community health networks and telemedicine. The study was conducted in Tha Pla District, Uttaradit Province, over a 6-month period from March 1 to August 31, 2024. The study employed a one-group pretest-posttest design, with 45 dependent older adults selected through purposive sampling. Data were collected using an Activities of Daily Living (ADL) assessment and records of health problems and complications. Data analysis was conducted using a Paired sample t-test to compare the mean ADL scores, and McNemar's test to compare the number of patients with health problems and complications before and after the intervention.

The results showed a statistically significant increase in ADL scores ($p < 0.001$), with the mean ADL score rising from 7.07 to 7.91. Moreover, health problems and complications, such as pressure ulcers and sleep disorders, significantly decreased ($p < 0.05$).

Keywords: Integrated healthcare, dependent older adults, long-term care, telemedicine, Primary Care Cluster

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี

พ.ศ. 2565 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12,698,362 คน หรือร้อยละ 19.1 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ

¹ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

28^{1,2} ความเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้สร้างภาระหนักในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางหรือภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) และลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL)³ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้จึงมีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁴

ปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ โดยการจัดระบบบริการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านสังคมและด้านสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยเน้นการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนสนับสนุน พร้อมกับการใช้แผนการดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นไปอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม^{6,7} ปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านการจัดตั้งคลินิกหออกรับ (Primary Care Cluster: PCC) โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ เน้นให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้บริการเชิงรุกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁸ นอกจากนี้ นโยบายระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ยังถูกนำมาใช้เพื่อช่วยให้การเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁹

ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2566 มีกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 94,396 คน หรือร้อยละ 28.13 ของประชากรจังหวัด สำหรับอำเภอท่าปลา มีผู้สูงอายุร้อยละ 28.21 ของประชากรอำเภอ และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 301 คน¹⁰ ปัญหาหลักที่พบใน

พื้นที่ ได้แก่ การขาดผู้ดูแลหลัก ความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาพบแพทย์ และการขาดอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์ แม้ว่าจะมีระบบ Long Term Care และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) รวมถึงผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เข้ามาดูแลในชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาการขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างการดูแลในชุมชนกับบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในส่วนของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุม เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพและภาวะทางจิตใจ นอกจากนี้ การขาดแคลนบุคลากร เวลา และปัญหาการเดินทาง ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมบ้าน ทำให้การเยี่ยมบ้านไม่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างทั่วถึง¹¹

การศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพชุมชนหรือการใช้ระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ พบว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง¹² ในขณะที่ สุรพงษ์ ลักษวุธ แสดงให้เห็นว่าการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้¹³ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมายังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างการทำงานของเครือข่ายสุขภาพชุมชนและการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการทำงานร่วมกับคลินิกหออกรับและระบบการดูแลระยะยาว

งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ โดยผสมผสานการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว เข้ากับการดูแลในระบบ Long Term Care พร้อมกับการประยุกต์ใช้ Telemedicine อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมิน ติดตาม และให้คำปรึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การบูรณาการนี้คาดว่าจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษานี้จึงไม่เพียงแต่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับชาติที่เน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ยังเป็นการต่อยอดและเชื่อมโยงแนวทางการดูแลที่มีอยู่เดิมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ ต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแล
2. หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ จะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ ระยะเวลาการศึกษาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2567 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าความเชื่อมั่นที่ 80% คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) (1) มีรายชื่อในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ประจำปีงบประมาณ 2567 (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา (3) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในระบบการดูแลระยะยาว (4) สามารถสื่อสารและเข้าใจคำแนะนำได้ (5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่สามารถรับสัญญาณอินเทอร์เน็ตจากโทรศัพท์มือถือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้เข้าร่วมจะถูกคัดออกหากมีคะแนน ADL ก่อนการทดลอง มากกว่า 11 คะแนน หรือเปลี่ยนใจไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา หรือย้ายออกจากพื้นที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยสองส่วนหลัก

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย\

1.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ

1.2 เอกสารประกอบการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ตามหลักสูตรของกรมอนามัย¹⁴

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (13 ข้อ)

2.2 แบบประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน (19 ข้อ)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (10 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประเมินค่าความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) มากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ โดยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1-3)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมถึงศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน นอกจากนี้ยังพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ระยะที่ 2 ดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 4-22)

สัปดาห์ที่ 4 ทำการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 15 คน โดยอ้างอิงหลักสูตรของกรมอนามัย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

เนื้อหาประกอบด้วย การฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิตใจ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ

สัปดาห์ที่ 5-7 ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลโดย Caregiver ในระบบ Long Term Care ให้การดูแลประเมินแบบองค์รวมและร่วมแก้ปัญหาให้ทั้งผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและครอบครัว เน้นการฟื้นฟูการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน (ADL)

สัปดาห์ที่ 8-22 ทำการติดตามกลุ่มตัวอย่างทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพจากคลินิกหมอครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เน้นการติดตามและประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู ADL และการดำเนินการตาม Individual care plan

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 23-24)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน จากนั้นทำการสรุปผลลัพธ์และปรับแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแสดงการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ Paired sample t-test และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ McNemar's test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UPHO REC No.011/2567) เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 45 คน ผลวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้เข้าร่วมมีอายุเฉลี่ย 78.58 ปี (SD = 10.54) โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี และ สูงสุด 95 ปี ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.44 (n = 29) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.56 (n = 34) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 48.89 (n = 22) และ อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 57.78 (n = 26) ด้าน เศรษฐฐานะ ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.67 (n = 30) โดย ร้อยละ 88.89 (n = 40) มีหนังสือ ด้านการสื่อสาร ผู้สูงอายุร้อยละ 55.56 (n = 25) สามารถใช้โทรศัพท์ ติดต่อสื่อสารกับญาติหรือผู้ดูแลได้ และร้อยละ 86.67 (n = 39) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรับ บริการสุขภาพ

ด้านสุขภาพ พบว่าการความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนการทดลอง กลุ่มก ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ADL เท่ากับ 7.07 (SD = 3.86) โดยส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (ADL 9-11) ร้อย

ละ 60.00 รองลงมาคือภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (ADL 0-4) ร้อยละ 24.44 และภาวะพึ่งพิงรุนแรง (ADL 5-8) ร้อยละ 15.56 โดยสาเหตุของภาวะพึ่งพิงในกลุ่ม ตัวอย่างประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.33 (n = 15) ภาวะถดถอยตามวัย ร้อยละ 31.11 (n = 14) และภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 22.22 (n = 10) นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.11 (n = 32) โรค ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 62.22 (n = 28) และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.67 (n = 12)

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการต่อ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ บูรณาการ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ก่อนการ ทดลองเท่ากับ 7.07 (SD = 3.86) และหลังการทดลอง เท่ากับ 7.91 (SD = 3.85) ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ของคะแนน ADL (Mean difference) ระหว่างก่อน และหลังการทดลองเท่ากับ 0.84 คะแนน ช่วงความ เชื่อมั่น 95% (95% CI) ของความแตกต่างของคะแนน อยู่ระหว่าง 0.35 ถึง 1.34 คะแนน ผลการทดสอบทาง สถิติด้วย Paired t-test พบว่า $t = 3.44$ และ $p\text{-value} = 0.001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

| ตัวแปร | Mean (S.D.) | Mean difference | 95% CI | t | p-value |
|-------------|-------------|-----------------|-------------|------|---------|
| - ก่อนทดลอง | 7.07 (3.86) | 0.84 | 0.35 - 1.34 | 3.44 | 0.001* |
| - หลังทดลอง | 7.91 (3.85) | | | | |

* $p < 0.05$

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการต่อปัญหา สุขภาพและภาวะแทรกซ้อน การเปรียบเทียบ จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ พบว่ามี การ ลดลงของปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนในทุก ด้านที่ศึกษา การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ McNemar test เนื่องจากเป็นข้อมูลแบบ paired nominal data โดย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษาพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสองประเด็น ได้แก่ การเกิดแผลกดทับใหม่หรือการติดเชื้อที่แผลกดทับ และปัญหาการนอนหลับ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับใหม่หรือการติดเชื้อที่แผลกดทับลดลงจาก 8 ราย (ร้อยละ 17.78) เป็น 2 ราย

(ร้อยละ 4.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.50$, $p = 0.034$) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับลดลงจาก 13 ราย (ร้อยละ 28.89) เป็น 6 ราย (ร้อยละ 13.33) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\chi^2 = 4.57$, $p = 0.033$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ

| ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน | ก่อนทดลอง n (%) | หลังทดลอง n (%) | χ^2 (McNemar) | p-value |
|----------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------|
| แผลกดทับใหม่/ติดเชื้อ | 8 (17.78) | 2 (4.44) | 4.50 | 0.034* |
| การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ | 4 (8.89) | 1 (2.22) | 1.80 | 0.180 |
| ปอดติดเชื้อ | 2 (4.44) | 0 (0.00) | 2.00 | 0.157 |
| ข้อติด | 9 (20.00) | 6 (13.33) | 1.00 | 0.317 |
| ภาวะทุพพลโภชนาการ | 14 (31.11) | 10 (22.22) | 1.33 | 0.248 |
| ปัญหาการนอนหลับ | 13 (28.89) | 6 (13.33) | 4.57 | 0.033* |
| ภาวะซึมเศร้า | 6 (13.33) | 2 (4.44) | 2.25 | 0.134 |

* $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการต่อการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) จากการประเมิน ADL ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 7.07 (SD = 3.86) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 7.91 (SD = 3.85) ความแตกต่างเฉลี่ยที่ 0.84 คะแนนนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามรูปแบบดังกล่าวมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร ได้ดีขึ้น การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ แสนกอง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวมีคะแนน ADL

จาก 6.78 เป็น 10.68 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนที่ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างชัดเจน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของ Caregiver ที่ได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁶

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการต่อการลดลงของปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการสามารถลดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะปัญหาแผล

กตัญญูและปัญหาการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการการดูแลเชิงรุก การติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถลดปัญหาทั้งสองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนักศึกษานานาชาติ หัวใจ ซึ่งศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและพบว่า การดูแลเชิงรุกโดยทีมสุขภาพในชุมชนสามารถลดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ และปัญหาการนอนหลับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน¹⁷ นอกจากนี้ งานวิจัยของ นวรัตน์ แสงทอง ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชนมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ แม้ว่าปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้ที่ปอด ภาวะข้อติด และภาวะทุพโภชนาการ จะมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการลดลงดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบบูรณาการ ยังคงมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการขยายการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการนี้ไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถลดภาระด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างทั่วถึง

2. ควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลในชุมชน (Caregiver) อาสาสมัคร และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้สามารถใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ในการติดตามสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว

3. ควรมีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและทรัพยากรจากหน่วยงานรัฐและท้องถิ่นในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำเนินการระบบการแพทย์ทางไกล และการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่มีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลในระยะยาวของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในชุมชน เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงการหาวิธีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลนี้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นสำหรับการทำงานในชุมชนที่มีความหลากหลายทางด้านสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรม รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.เสรี นพรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าปลา และทีมสหวิชาชีพคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา ที่ให้การสนับสนุนด้านการอำนวยความสะดวกในการจัดหาข้อมูลและอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2565). สถิติจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [Internet]. [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://www.dopa.go.th/main/web_index
2. กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). สถิติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2565 [Internet]. [cited 2023 Dec 2]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
3. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al.(2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature [Internet]. Vol. 10, Ageing Research Reviews. [cited 2023 Dec 4]. p. 430–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1568163711000249>

4. Sambamoorthi U, Tan X, Deb A.(2015). Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* [Internet]. [cited 2023 Dec 4];15(5):823–32. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737167.2015.1091730>
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2565). ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan [Internet]. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th>
6. กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=301>
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วิชัช เกษมทรัพย์ วิชัย เอกพลากร บวรตม ถีระพันธ์.(2561). ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1578551088.pdf
8. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ [Internet]. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย [cited 2023 Dec 12]. Available from: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/Manual_PCC_2017.pdf
9. กรมการแพทย์.(2565). ระบบการแพทย์ทางไกล”(DMS Telemedicine) การรักษาที่ไร้ข้อจำกัดทั้งเวลาและสถานที่ [Internet]. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. [cited 2023 Dec 2]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181945>
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล [Internet]. LTC ผู้สูงอายุ. [cited 2023 Dec 9]. Available from: <https://ltc.anamai.moph.go.th>
11. กษิพัฒน์ เชียงแรง พัชรภรณ์ ปินตา เสาวนีย์ สำนักวน.(2566). การพัฒนาคุณภาพรูปแบบบริการด้านสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว Long Term Care (LTC) ในชุมชน แบบบูรณาการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล โดยคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ [Internet]. เขตสุขภาพที่ 2 ผลงานวิชาการ “ ประสานงานพัฒนาคุณภาพ CQI [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001323-0000001419.pdf>
12. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ.(2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 13(2):8-17.
13. สุรพงษ์ ลักษุธ. การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน.* 8(2):346–57.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง [Internet]. 1st ed. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์ [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/211555#>
15. นวลจันทร์ แสนกอง.(2565). การประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเภสัชกรรมไทย.* 14(3):733–44.
16. พิชิต สุขสบาย.(2560). การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 11.* 31(2):257–69.
17. นันทิกานต์ หวังจิ.(2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.* 5(3):40–6.