

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ
เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสื่อมถอยศักยภาพภายใน

The Implementation of Model Development of Integrated Primary Care in
Health Improvement for Older People with Intrinsic Capacity Decline.

ชัยณรงค์ สังข์จ่าง^{1*}, โกเมนทร์ ทิวทอง² และอมรศรี ยอดคำ³

Chainarong Sungchang¹, Komain Tewtong² and Amornsri Yodkam³

¹Ph.D., กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

²MD., กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

³Ph.D., อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยปทุมธานี

*Corresponding author, e-mail: chainarong_s@yahoo.com

Received: 20 December 2024; Revised: 7 January 2025; Accepted: 21 February 2025

บทคัดย่อ

การสร้างเสริม “ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี” คือกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และศักยภาพภายใน เพื่อสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยดำเนินการนี้มีเป้าหมายเพื่อการแปลงชุดความรู้ให้เกิดแนวปฏิบัติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขของทีมสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งดำเนินการใน รพ.สต. และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 103 แห่ง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยเอกสาร การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 – พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การทบทวนความรู้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (2) การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานทีมสุขภาพ (3) การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังการปรับระบบบริการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ และ (4) การพัฒนาศักยภาพการประเมินผลลัพธ์ กระบวนการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ (1) ระบบการจัดบริการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ อยู่ในขั้นมีการริเริ่มการดำเนินการ (คะแนนเฉลี่ย 18.82 จาก 26 คะแนน) และ (2) การบริหารจัดการสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ อยู่ในขั้นมีการริเริ่มการดำเนินการ (คะแนนเฉลี่ย 16.04 จาก 26 คะแนน) ข้อค้นพบจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการ ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของทีมสุขภาพ นโยบายและเป้าหมายทางบริหารแบบมุ่งเน้นคุณค่าและผลลัพธ์ และการพัฒนาโครงการผลิตภัณฑ์ร่วมของชุมชนและหน่วยงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยผลการศึกษา พบว่า ภาวะความเสื่อมถอย 3 องค์ประกอบ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05)

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรพิจารณาปรับปรุงพัฒนานโยบายและระบบบริการสุขภาพปฐมนุญไปสู่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ รวมไปถึงการพัฒนาาระบบสารสนเทศแบบบูรณาการเพื่อรองรับการดำเนินการ และการศึกษาวิจัยและพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการดูแลและจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ, ระบบบริการสุขภาพปฐมนุญ, ภาวะความเสื่อมถอยศักยภาพภายใน, รูปแบบการวิจัยดำเนินการ

Abstract

Healthy ageing as the process of developing and maintaining the functional ability and intrinsic capacity that enables wellbeing in older age. The purpose of implementation research were knowledge translated to guideline of integrated care practices and capacity building of primary care team. The research were operation in 103 of Sub-district Health Promotion Hospital and Primary Care Unit with mixed-method which were document , qualitative and quantitative research in August 2022 to May 2024.

The result show that implementation Model were 4 step as (1) Evidence review for practices guideline development (2) Health care team capacity building (3) Health care integrated process redesign and (4) Evaluation capacity building. The model of care included 2 elements as (1) Integrate Health and Social Care Services as initiating implementation stage (mean = 18.82 for 26 scores) and (2) Align Care Systems to Support Integrated Care as initiating implementation stage (mean = 16.04 for 26 scores). The findings of facilitation factors as transformative leadership , policy and value of outcomes of goals implementation and co-production project in operational context. The factors affected to health outcomes as 3 domain intrinsic declined, activities of diary living (ADL) and life satisfaction and quality of live of older person with significant level (p-value = 0.05)

The results informed Department of MOPH, Provincial Administration Organization (PAOs) should to develop and implementation policy and program on integrated care for older people. Including ICTs develop and appropriately health intervention measurement on integrated and self-care and self-management.

Keywords : Integrated care for Older Person, Primary Health Care, Intrinsic Decline, Implementation Research Model.

บทนำ

การเสริมสร้างให้ “ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี” (Healthy Ageing) คือกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่เพียงเฉพาะการดูแลสุขภาพช่วยเหลือการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (WHO, 2020) แต่เนื่องด้วย กลยุทธ์และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบเดิมยึดการรักษาโรคเป็นกรอบความคิด (Disease Oriented) มองว่าภาวะความเสี่ยงกลายเป็นไปตามกระบวนการทางธรรมชาติของการชราภาพ (Age-related Decline) เกิดความเสี่ยงและสูญเสียศักยภาพภายใน (Intrinsic Capacity) ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional Ability) ถดถอยหรือลดลงอย่างรวดเร็ว หรือรุนแรง มากกว่าภาวะปกติทั่วไป อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือไม่สามารถป้องกันแก้ไขได้เมื่อมีอายุที่เพิ่มสูงขึ้น จนเมื่อตรวจพบว่ามี ความผิดปกติหรือเกิดโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกิดภาวะความเปราะบาง (Frailty) ทั้งระบบทางกาย จิตใจ และสังคม ที่รุนแรงขึ้น และทำให้อวัยวะประสาทรับสัมผัสทำงานผิดปกติ เป็นสาเหตุหลักของการพลัดตกหกล้ม ภาวะโรค ภาวะทุพพลภาพ และความพิการอย่างถาวร (ICOPE, 2019)

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aging Society) ในปี 2565 (ร้อยละ 20 ของประชากร) และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aging Society) ในปี 2578 (ร้อยละ 28 ของประชากร) ในปี 2565 เกิดความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น จากผลการประเมินสุขภาพที่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่า มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.3 ในขณะที่ปี 2560 ร้อยละ 16.5 เช่นเดียวกันกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 33.6 และยังมี ศักยภาพภายในด้านต่างๆ ของร่างกายตาม

วัยซึ่งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเรื่อย ๆ จนเกิดภาวะพึ่งพิง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) สถาบันผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (HDC Service, 2564) รายงานผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 7,685,998 คน (ร้อยละ 84.1 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศ) พบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (ADL = 12-20 คะแนน) จำนวน 7.4 ล้านคน (ร้อยละ 97.37) กลุ่มติดบ้าน (ADL = 5-11 คะแนน) 2.1 แสนคน (ร้อยละ 2.7) และกลุ่มติดบ้านติดเตียง (ADL = 0-4 คะแนน) จำนวน 4.6 หมื่นคน (ร้อยละ 0.6) คาดการณ์ว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นในปี 2560 มีความต้องการผู้ดูแล ร้อยละ 3.18 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.22 ของผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมด เป็นภาระของระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และจำนวนผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจากครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่าย 1.5-2.0 ของรายได้ประชาชาติ (GDP) สำหรับดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 1.3 ล้านคน (สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2561)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) เป็นหน่วยบริการดูแลประจำตัวในระดับปฐมภูมิ ถือเป็นกุญแจดอกสำคัญในการดูแลรับผิดชอบช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบุคลากรทีมสุขภาพปฐมภูมิสามารถคัดกรองและประเมินเพื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสี่ยงหรือสูญเสียศักยภาพภายในด้านต่าง ๆ ในระยะเริ่มมีภาวะความเสี่ยงและจัดระบบการดูแลส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล (ICOPE, 2019) ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพภายในของ ICOPE มาดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยงผู้สูงอายุชุมชน 9

ด้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งหมด สุขภาพ 3 หมอ ตามนโยบายคนไทยทุกคนรอบครัวมี หมอประจำตัว 3 คน โดยมี อสม. หมอคนที่ 1 หมอ คนที่ 2 หมอสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และหมอคนที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (สุชาติพิทย์ จันทรรักษ์ : บรรณาธิการ, 2564)

บทความนี้เป็นผลการศึกษาวิจัยการ ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Implementation Research) ตามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ เพื่อการป้องกันภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565 – 2567 สมาคมหมออนามัย สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพองค์รวม การวิจัยดำเนินการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ (Task-oriented Purpose) ด้วยวิธีการและ แนวปฏิบัติใหม่ (New Procedure) (Natasha Robert and et. Al.,2021) ของ PARIHS (The Promoting Action on Research Implementation in Health Services) (Cheryl Stetler et. al., 2011)

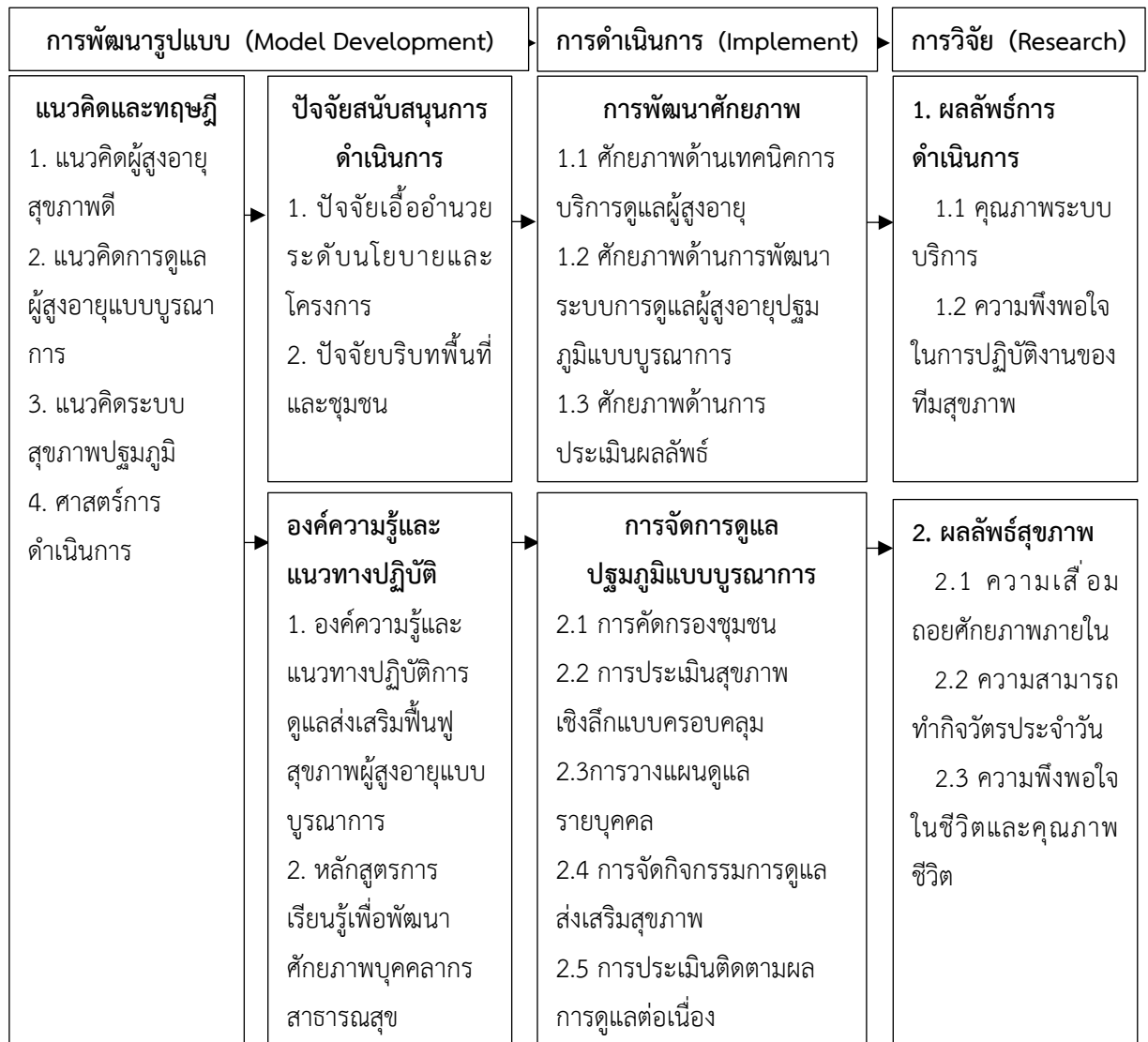
วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาวิเคราะห์หลักฐาน (Evidence) องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและแนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการในการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสื่อมถอยศักยภาพภายใน สำหรับ รพ.สต. และ PCU

2. ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินการ และปัจจัยสนับสนุนของโครงการ (Facilitation) และ ปัจจัยบริบท (Context) ของ รพ.สต.และ PCU และ ชุมชน และปัจจัยสนับสนุน (Facilitation) การ จัดบริการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ

3. ศึกษาผลลัพธ์การดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสื่อมถอยศักยภาพภายในและความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันแบบบูรณาการใน รพ.สต. PCU และ ชุมชน ประกอบด้วย (1) ผลลัพธ์การดำเนินการของ รพ.สต. PCU และ (2) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยดำเนินการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยดำเนินการ (Implementation Research) ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) การวิจัยเอกสาร (Document Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการในเป้าหมาย รพ.สต. และ PCU จำนวน 103 แห่ง รวม 31 อำเภอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ประกอบด้วย (1) ผู้ประสานงานโครงการระดับอำเภอ จำนวน 31 คน (2) ผู้ปฏิบัติงานของ รพ.สต. และ PCU จำนวน 103 คน

2) การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ทีมสุขภาพ 3 หมอ ประจำ รพ.สต. และ PCU จำนวน 103 ทีม (2) กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานของ รพ.สต. และ PCU จำนวน 30 คน

(3) กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในพื้นที่ดำเนินการของ รพ.สต. และ PCU จำนวน 137 คน (4) กลุ่มตัวผู้สูงอายุ จำนวน 146 คน ในพื้นที่ดำเนินการของ รพ.สต. และ PCU กลุ่มตัวอย่าง 30 แห่ง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์รายบุคคลและรายกลุ่ม แนวคำถามการถอดบทเรียนและแบบบันทึกภาคสนาม โดยความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (2) การศึกษาเชิงปริมาณ เป็นเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินคัดกรองสุขภาพมาตรฐานและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยได้รับความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) แบบคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินสภาวะสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) (2) แบบประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินคุณภาพขององค์การอนามัยโลก (ICOPE-WHO) (3) แบบสอบถามก่อน-หลังการดำเนินการ ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจในงานสำหรับทีมสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประชุมกลุ่ม การทำกิจกรรมและการปฏิบัติงานในชุมชนและ รพ.สต. และ PCU (2) การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ การประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติงานเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการ การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการจดบันทึก การถอดเทปบันทึกเสียง และภาพเคลื่อนไหวจากการบันทึกวิดีโอ (2) การศึกษาเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการดำเนินการ ด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-square test และ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับคำยินยอม (Consent Form) จากผู้ให้ข้อมูลและผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินการตามแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต. และ PCU เป็นไปตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และหน่วยบริการเป้าหมายการดำเนินการสามารถออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงาน

ผลการวิจัย

1. องค์ความรู้การสร้างเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดี

การสร้างเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy ageing) หมายถึง การจัดกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการใช้ชีวิตเพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี โดยที่ความสามารถในการใช้ชีวิต นั้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพภายใน และสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี จึงต้องเป็นมากกว่าการช่วยเหลือการดำรงชีวิตประจำวัน แต่ต้องจัดกระบวนการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพภายในและความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนให้แข็งแรง (WHO-ICOPE, 2017)

ความสามารถในการใช้ชีวิต (Functional Ability) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการ

กระทำการต่างๆ อย่างมีคุณค่า มีเหตุผล เพื่อบรรลุเป้าหมาย ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต (Basic needs) การเรียนรู้ (Learn) การเติบโตและการตัดสินใจ (Grow and Make Decision) การเดินทาง (be Mobile) การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ (Build and Maintain Relationship) และการช่วยเหลือสังคม (Contribution to Society) ซึ่งจะวัดจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) และองค์ประกอบอื่นๆ ร่วมด้วย

ศักยภาพภายใน (Intrinsic Capacity) หมายถึง ความสามารถทางด้านจิตใจและทางร่างกายที่บุคคลสามารถกระทำและกระทำร่วมกันในการเดินทาง การคิด การมองเห็น การได้ยิน และการจดจำ การส่งเสริมและพัฒนาภาวะความเสี่ยงโดยรวมด้วยความมีชีวิตชีวา (Vitality) ความสามารถในการมองเห็น (Visual) และการได้ยิน (Hearing) ความคิด ความจำ (Cognitive) ภาวะสุขภาพจิต (Psychological) การเคลื่อนไหว (Locomotor) สิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย ชุมชน และสังคมโดยรวม และปัจจัยทั้งหมดที่อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น ผู้คนและความสัมพันธ์ ทักษะและคุณค่าที่ยึดถือ นโยบายสุขภาพและสังคม ระบบบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ และสังคม

ข้อเสนอของ ICOPE คือ การคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความเสี่ยง จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยง (Stratification) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพภายในสูงและคงที่ (High and Stable Capacity) (2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ศักยภาพภายในลดลง (Decreasing Capacity) และ (3) กลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียศักยภาพภายในอย่างรุนแรง (Substantial Loss of Capacity) เพื่อการดูแลให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มอย่าง

เหมาะสม โดยมีหลักการพื้นฐานการดำเนินการสู่การปฏิบัติ พบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพจะประกอบด้วยปัจจัยเชิงกลยุทธ์ ได้แก่ (1) การเสริมสร้างศักยภาพภายในและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นแทนการดูแลรักษาโรคเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยแล้ว (2) การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและการวางแผนการดูแลรายบุคคลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ (3) การกำหนดหรือเลือกใช้มาตรการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพที่ดำเนินการได้ในครัวเรือนหรือชุมชน (4) การสนับสนุนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพระดับปฐมนิเทศ (5) การสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการสุขภาพตนเอง และ (6) การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการแม่ข่ายเพื่อจัดระบบการส่งต่อและการติดตามการดูแลที่บ้านและชุมชน

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับสุขภาพปฐมนิเทศ

ICOPE (2019b) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสี่ยงในระบบสุขภาพปฐมนิเทศแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการที่ได้รับการออกแบบใหม่ ดังนี้

1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของสมรรถนะภายในระดับชุมชน (Community Screening and Depth Assessment for Loss in Intrinsic Capacity)

เป็นขั้นตอนแรกของการดูแล ผู้ปฏิบัติงานทีมสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถค้นหาและจำแนกผู้สูงอายุที่สูญเสียศักยภาพภายในในชุมชนหรือที่บ้านโดยใช้กระบวนการและเครื่องมือแบบคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ แบบคัดกรองชุมชน 9 ด้าน ผู้สูงอายุที่สูญเสียศักยภาพภายในบุคคลในขั้นตอนแรกควรได้รับการประเมินเชิงลึกแบบครอบคลุมทุกระบบ โดยบุคคลากรสาธารณสุขหรือ

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมโดยไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถตรวจสอบยืนยันให้ชัดเจนได้ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาและข้อจำกัดของความเสื่อมถอยและความสามารถในการใช้ชีวิตด้านใดบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคล

2) การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ในหน่วยบริการปฐมนุญ (Person-centered Assessment)

การประเมินความต้องการด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมของผู้สูงอายุที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางใน PCU โดย (1) วิเคราะห์ทำความเข้าใจชีวิตของผู้สูงอายุ (2) ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียศักยภาพภายในของบุคคลเชิงลึก (3) ประเมินสถานะและการจัดการกับโรคประจำตัว (4) ประเมินวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพและความจำเป็นในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม

3) กำหนดเป้าหมายและพัฒนาแผนการ ดูแลส่วนบุคคล (Develop Personalized Care Plan)

มีขั้นตอนดังนี้ (1) กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุมีเป้าหมายสองด้าน คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเสริมสร้างศักยภาพภายในของบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้วยวิธีการดูแลแบบบูรณาการและการกำกับติดตามความก้าวหน้าและผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยผู้สูงอายุเองหรือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายตามลำดับความต้องการของผู้สูงอายุ (2) การออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งยึดรูปแบบการประเมินที่มีบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้วิธีการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในการจัดการความสูญเสียศักยภาพภายในด้านต่างๆ

ทั้งนี้ มาตรการทั้งหมดควรได้รับการพิจารณาและประยุกต์ใช้ร่วมกัน

แนวทางบูรณาการนี้มีความสำคัญต่อการจัดลำดับการดูแลการสูญเสียศักยภาพภายในของบุคคล บนพื้นฐานทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมการปฏิบัติ จะทำให้มาตรการดูแลสุขภาพต่างๆ มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือคุณค่า (Value) ของกิจกรรมในทุกๆ ด้าน เช่น การออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและยังช่วยสร้างความสามารถทางสมองในการลดภาวะซึมเศร้าและความคิดความจำได้ทางอ้อม รวมไปถึงยังสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้ม ขณะที่การดูแลภาวะโภชนาการที่ช่วยเพิ่มโปรตีนจะทำให้ผลลัพธ์การออกกำลังกาย เพิ่มมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงด้วยวิธีการแบบบูรณาการร่วมกัน สามารถเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดการพึ่งพาการดูแลได้

แผนการดูแลรายบุคคล ประกอบด้วย (1) ชุดการดูแลที่มีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อช่วยในการจัดการเสริมสร้างศักยภาพภายใน ซึ่งแผนการดูแลส่วนใหญ่จะช่วยในการดูแล เช่น การเพิ่มภาวะโภชนาการและส่งเสริมการออกกำลังกาย (2) การจัดการและการดูแลรักษาโรคที่ซับซ้อน กลุ่มอาการผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลทางคลินิกโรคเรื้อรังมีส่วนทำให้ศักยภาพภายในลดลงได้ (3) สนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (4) การจัดการภาวะโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน (การดูแลระยะสุดท้าย การฟื้นฟูสุขภาพ) หรือตรวจสอบว่าผู้สูงอายุสามารถที่จะมีชีวิตต่อไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (5) การดูแลและสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุที่สูญเสียศักยภาพภายใน และ (6) แผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลทางสังคมด้วยความ

ช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร
ผู้ดูแลในชุมชน

ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมนุญและการ
จัดการทางสังคมต้องสามารถให้การสนับสนุนการ
ดำเนินงานตามแผนการดูแลทั้งในชุมชนหรือ PCU
ทั้งนี้ การจัดการตนเองด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำ
การให้ความรู้ เสริมพลัง หรือเสริมกำลังใจ จาก
ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับภาวะความเสื่อมถอยของศักยภาพภายใน
ได้ ดังนั้น ความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล
ผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต.และPCU ครอบครัวและชุมชน
จะช่วยดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ตามวัยที่ควร
จะเป็น

**4) การจัดช่องทางการส่งต่อและการกำกับ
ติดตามแผนการดูแลให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแล
เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (Ensure Referral
Pathway and Monitoring of The Care Plan
with Links to Specialized Geriatric Care)**

การดูแลแบบบูรณาการด้วยการกำกับ
ติดตามต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน โดยในระดับ
ต่างๆ และรูปแบบการบริการที่แตกต่างกัน จำเป็น
สำหรับการดำเนินการตามมาตรการส่งเสริมฟื้นฟู
สุขภาพ ด้วยการประเมินภาวะแทรกซ้อนหรือการ
เปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายในระยะเริ่มต้น
ช่วยให้หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ไม่จำเป็นและประหยัด
ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลก่อนเกิดปัญหา

การกำกับติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอเป็นการเฝ้าระวังติดตามความก้าวหน้าของ
แผนการดูแล เพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุน มี
ความสำคัญอย่างยิ่งหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของ
สภาวะสุขภาพแบบฉับพลัน รวมทั้งการปรับแผนการ
ดูแลรักษา หรือเปลี่ยนบทบาทหรือสถานการณ์ทาง
สังคมของบุคคล (เช่น การย้ายหรือเปลี่ยนที่อยู่อาศัย
การเสียชีวิตของคู่ชีวิต หรือสมาชิกครอบครัวที่รัก)

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นระบบ
ชัดเจน เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้เข้าถึงการดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบกระตุนหันได้
อย่างรวดเร็ว กรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น การ
หกล้ม การดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย
หรือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

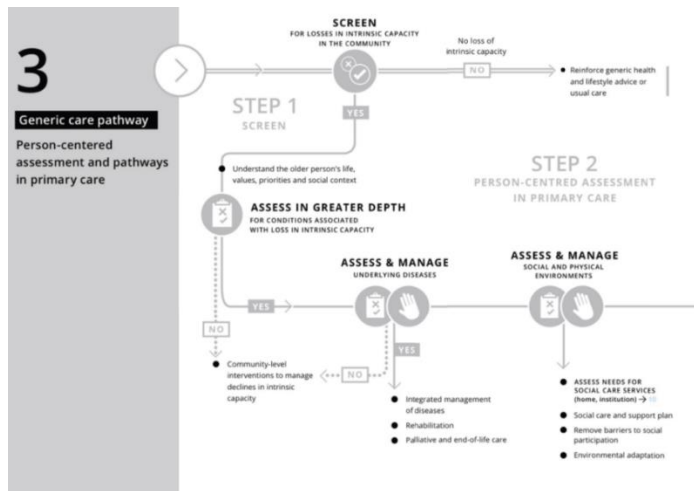
การเชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุโดย
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีความสำคัญเช่นเดียวกัน
ระบบสุขภาพจำเป็นต้องช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการ
ดูแลรักษาเฉพาะทางและการดูแลวิกฤตได้ทันเวลาเมื่อ
จำเป็น การได้รับการดูแลกรณีเฉียบพลันจากสถาน
บริการเฉพาะทางที่มีคุณภาพ จะช่วยลดระยะเวลา
การพักรักษาตัวให้สั้นลงและค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการ
ดูแลโดยทั่วไป

**5) การสร้างความร่วมมือของชุมชนและ
การสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลหรือผู้บริบาล
(Engage Communities and Support Care
Givers)**

การดูแลเป็นเรื่องจำเป็นและผู้ให้การดูแล
ผู้สูงอายุที่สูญเสียศักยภาพภายในมักรู้สึกโดดเดี่ยวและ
มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความทุกข์ทางใจและภาวะ
ซึมเศร้า แผนการดูแลเฉพาะบุคคลควรมีมาตรการที่มี
ประสิทธิภาพสำหรับช่วยเหลือผู้ให้การดูแล นอกจากนี้
ผู้ให้การดูแลยังต้องการข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับ
สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการฝึกอบรมพัฒนา
ทักษะการปฏิบัติต่างๆ เช่น วิธีการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ
จากเก้าอี้ไปเตียงนอนอย่างปลอดภัยหรือวิธีการ
ช่วยเหลือการอาบน้ำ

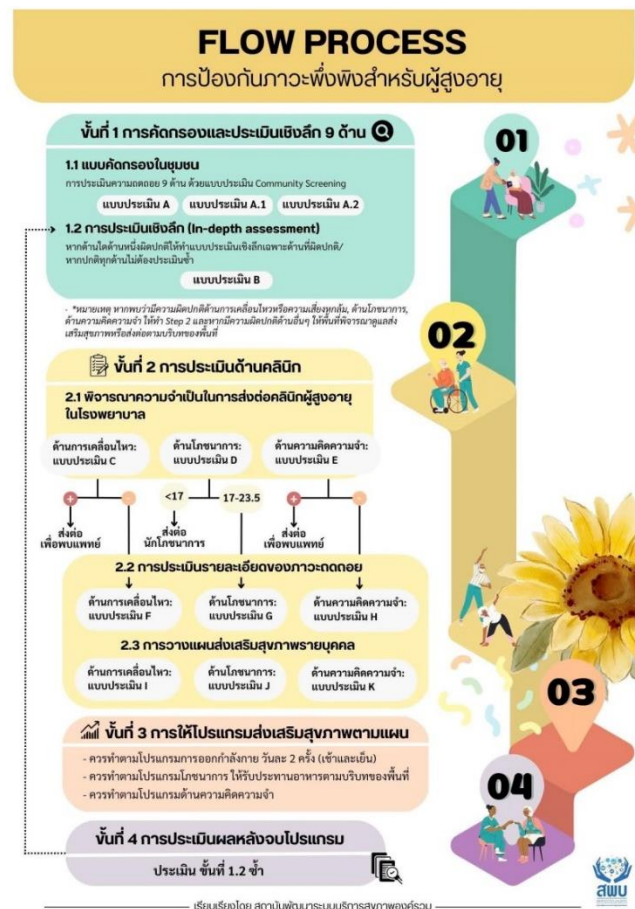
ผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแล ควรได้รับข้อมูล
เกี่ยวกับทรัพยากรที่มีในชุมชน ด้วยการมีส่วนร่วมใน
การทำกิจกรรมในชุมชนและเพื่อนบ้านโดยตรงเพิ่ม
มากขึ้น การสนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วย
การส่งเสริมให้เป็นอาสาสมัครและให้สมาชิกในชุมชน
ที่เป็นผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม กิจกรรมดังกล่าวมัก

เกิดขึ้นในสมาคม ชมรม และกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่ดึงดูด
ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมตัวกัน



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ICOPE, 2019b)

3. แนวทางปฏิบัติการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของระบบสุขภาพปฐมภูมิ



แผนภาพที่ 3 แนวทางปฏิบัติการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางปฏิบัติการดำเนินการการดูแลแบบบูรณาการสำหรับโครงการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองชุมชน 9 ด้านและการประเมินเชิงลึก (Community Screening)** โดย อสม. และการคัดกรองเชิงลึก (In-depth assessment) โดยหมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลชุมชน **ขั้นตอนที่ 2 การประเมินด้านคลินิก** โดยทีมสุขภาพ 3 หมอ ซึ่งมีขั้นตอนย่อยได้แก่ 1) การพิจารณาความจำเป็นทางสุขภาพและการส่งต่อรพ.แม่ข่าย ในการดูแลศักยภาพภายใน 3 ด้านของภาวะความเสื่อมถอย ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านทุพโภชนาการ และด้านความคิดความจำ และ 2) การวางแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) **ขั้นตอนที่ 3 การให้โปรแกรมการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ** ตามแผนการดูแลรายบุคคล **ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลหลังจบโปรแกรมการดูแล** เพื่อนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับกรพัฒนาศักยภาพและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุสำหรับ รพ.สต. และ PCU (ดวงดาว ศรียา กุล, 2566)

4. รูปแบบการดำเนินการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมนิเทศ

การวิจัยดำเนินการนี้ มีโจทย์การพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติของบุคลากรในระบบสุขภาพปฐมนิเทศใน 2 ประเด็นหลัก คือ (1) การสร้างการเรียนรู้เทคนิควิธีการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ (2) การสร้างกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพขับเคลื่อนระบบการดูแลไปสู่ผลลัพธ์ทั้งด้านระบบสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนองค์ความรู้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ

1.1) การประมวลหลักฐาน สังเคราะห์องค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยคณะทำงานวิชาการฯ โดยการค้นคว้าทบทวนวิเคราะห์จากแหล่งความรู้ โดยเฉพาะ รายงานเรื่อง Decade of Healthy Ageing : Baseline Report ขององค์การอนามัยโลก (WHO,2021) เสนอแนวคิดการส่งเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดีโดยให้ความสำคัญกับความเสื่อมถอยของศักยภาพภายใน (Intrinsic Capacity) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิต (Functional Ability)

1.2) การทบทวนวิเคราะห์รูปแบบที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระบบสุขภาพปฐมนิเทศ จากรายงานชิ้นสำคัญ คือ Integrated Care for Older People (ICOPE) : Guidance for Person-centered Assessment and Pathways in Primary Care ซึ่งหน่วยงาน ICOPE ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) โดยดำเนินการจัดบริการดูแลครบวงจร (Full-cycle of Care) 5 ขั้นตอน (รายละเอียดตามผลการศึกษา 1)

1.3) การแปลงชุดความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ด้วย “แนวทางปฏิบัติ” (Practice Guideline) พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของการวิเคราะห์ทบทวนความรู้ ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง และทดสอบการใช้งานเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความยืดหยุ่นในการนำไปใช้งานจริงโดยทีมสุขภาพผู้ปฏิบัติงาน ให้เป็นเหมือนแผนที่ (Customer Journey) หรือเส้นทางการดูแล (Care Pathway) ในการตัดสินใจในการปฏิบัติที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ และช่วยลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน (สมาคมหมออนามัย และสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพองค์กรร่วม,2566) พัฒนาแนวทางปฏิบัติมาจาก (1) การทบทวนความรู้จากหลักฐานทาง

วิชาการ (ผลการวิจัยข้อ 1) และ (2) ประสบการณ์
ผู้เชี่ยวชาญสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพองค์รวม
ดำเนินการในพื้นที่ รพ.เพชรบูรณ์ และ รพ.ท่าวัง จ.
ลพบุรี เกณฑ์การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย (1)
เป็นลำดับขั้นตอนที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย เทคนิควิชาการ
ไม่ซับซ้อน เหมาะสมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์ (2) รูปแบบกิจกรรมการปฏิบัติการส่งเสริม
ฟื้นฟูศักยภาพภายใน (IC) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล หรือ อสม.
สามารถเรียนรู้ ฝึกทักษะได้ไม่ยาก สามารถนำไป
แนะนำ สาธิต ให้กับผู้สูงอายุปฏิบัติได้ง่าย และเป็น
กิจกรรมการส่งเสริมฟื้นฟูศักยภาพภายในได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ (รายละเอียดในผลการศึกษาที่ 2) โดย
เนื้อหาความรู้และแนวทางปฏิบัติ นำไปกำหนดเป็น
หลักสูตรและสมรรถนะที่คาดหวังของการฝึกอบรม
พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน (ทีมสุขภาพ 3 หมอ)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ ผู้ปฏิบัติงาน

จัดหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้
หลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experience and
Active Learning) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความรู้
และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิควิธีการด้านการ
ดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดชุดประสบการณ์ให้ผู้เรียน
ได้รับการฝึกทักษะผ่านฐานการเรียนรู้ตามวงจรการ
ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) การคัดกรองชุมชน
(2) การประเมินสุขภาพเชิงลึก (3) การพัฒนาแผนการ
ดูแล (4) การฝึกทักษะกิจกรรมการส่งเสริมฟื้นฟู
สุขภาพ และ (5) แนวทางการดูแลติดตามประเมิน
แผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้
ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติ สามารถนำไปดำเนินการ
ใน รพ.สต. และ PCU และในชุมชนได้

นอกจากการพัฒนาองค์ความรู้เชิงเทคนิค
วิธีการแล้ว ยังบูรณาการหลักสูตรการฝึกอบรมพัฒนา
ทักษะการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative
Learning) (Jack Mezirow, 1991) เพื่อเสริมสร้าง

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Willing ,
Feeling ,Thinking) ในการขับเคลื่อนการดำเนินการสู่
ผลลัพธ์ผ่านสื่อกิจกรรม และประมวลประสบการณ์
เพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ของ
แต่ละพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาศักยภาพและเสริม พลังการปรับระบบการดูแล

3.1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่
ชุมชน เพื่อการออกแบบและพัฒนาระบบการดูแล
แบบบูรณาการ โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-based
Learning) โดยมีเนื้อหาด้านรูปแบบการดูแลแบบ
บูรณาการตามแนวทางปฏิบัติ ประสบการณ์ของพื้นที่
ต้นแบบ การเรียนรู้จากกรณีศึกษา (Success Cases)
ผ่านชุดเครื่องมือการเรียนรู้ 3 เครื่องมือ ได้แก่ (1) การ
เรียนรู้การวิเคราะห์และออกแบบระบบนิเวศชุมชนที่
เอื้อต่อผู้สูงอายุ (Community Ecosystem) (2) การศึกษาประวัติชีวิต (Life History Map) และ
การจัดทำเส้นทางและแผนการดูแล (Care Journey
Map) และ (3) การพัฒนาแผนงานโครงการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความ
เข้าใจนำไปปรับระบบบริการและการดูแลผู้สูงอายุใน
ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้และพัฒนาระบบแบบเสริมพลังโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน โดยการลงพื้นที่เป้าหมายเพื่อ
(1) สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิที่ผ่านการ
อบรม ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิเป้าหมายของ
โครงการ และแกนนำชุมชนร่วมกันวิเคราะห์บทวน
ข้อมูลพื้นฐาน บริบทและศักยภาพของหน่วยบริการ
และชุมชน (2) แลกเปลี่ยนแนวคิดการปรับระบบการ
จัดบริการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางปฏิบัติให้เกิดผล
ลัพธ์อย่างเหมาะสม และ (3) การวิเคราะห์อุปสรรค
และข้อจำกัด และแนวทางแก้ไขเพื่อให้ดำเนินการ
เป็นไปตามแผนของแต่ละอำเภอ

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาศักยภาพการ ประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องใช้
ศักยภาพในการวิเคราะห์เพื่อทบทวนติดตาม
ความก้าวหน้าและผลลัพธ์การดำเนินการตั้งแต่ระยะ
เริ่มต้นตลอดจนถึงสิ้นสุดโครงการ เป็นจัดการประชุม
เชิงปฏิบัติการให้กับผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐม
ณูมิกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ
การประเมินผลลัพธ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

4.1) การเรียนรู้ความรู้และทักษะการถอด
บทเรียน การเขียนเรื่องเล่ากรณีศึกษาที่ก้าวหน้าหรือ
ประสบความสำเร็จ (Success Cases) เพื่อให้
ผู้ปฏิบัติงานสามารถประมวล เรียบเรียงขั้นตอนการ
ปฏิบัติงานตามกระบวนการดูแลแบบบูรณาการผ่าน
กรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ เป็นลำดับขั้นตอนชัดเจน
เพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติที่ดี เข้าใจรูปแบบวิธีการของ
ทีมสุขภาพ พิจารณาผลลัพธ์และการบรรลุเป้าหมาย
และค้นพบข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค รวมถึงวิธีการ
แก้ไขปัญหาของหน่วยงานและตัวผู้สูงอายุ รวมถึงการ
จัดเวทีการนำเสนอผลการปฏิบัติงานของกรณีศึกษา
เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษาที่เป็นเลิศ
เพื่อเป็นต้นแบบและตัวอย่างนำไปพัฒนางานอย่าง
ต่อเนื่อง

4.2) การสร้างความรู้ความเข้าใจในการ
ประเมินศักยภาพของหน่วยงานตนเอง ตามเกณฑ์
คุณภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระ
บบปฐมนุญ ตามเกณฑ์ของของ ICOPE มี 2
องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การจัดการดูแลแบบ
บูรณาการด้านสุขภาพและสังคม (Integrated
Health and Social Care Services) และ (2) การ
บริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลแบบ
บูรณาการ (Align Care System to Support
Integrated Care)

4.3) การประเมินความพึงพอใจในการ
ปฏิบัติงานของทีมสุขภาพทั้ง อสม.และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขของ รพ.สต.และ PCU กลุ่มตัวอย่าง

4.4) การประเมินผลลัพธ์สุขภาพ (Health
Outcome) โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจและ
ทักษะในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ แบ่งเป็น
(1) การประเมินผลลัพธ์สุขภาพตามแผนการดูแลด้าน
ศักยภาพภายในและความสามารถในการใช้ชีวิต
(2) การประเมินผลลัพธ์ด้านสภาวะสุขภาพ คุณภาพ
ชีวิต และความพึงพอใจของชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์บทเรียนโดยกระบวนการมี
ส่วนร่วมของคณะทำงานวิชาการ ผู้ประสานงานระดับ
อำเภอ ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ และคณะทำงาน
จัดการความรู้จากสถาบันการศึกษา ร่วมกันสังเคราะห์
ปัจจัยสรุปได้ ดังนี้

1) ปัจจัยสนับสนุนทางนโยบายและ โครงการ

1.1) นโยบายสาธารณสุขด้านการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุมีความสอดคล้องและเอื้อต่อการ
ดำเนินการตามแนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับปฐมนุญ พบว่า
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องได้แก่
(1) นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบด้าน
BMTEC (Brain-Mental-Teeth-Eye&Ear-Cardio)
(2) นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้
รอยต่อ (Seamless Care) และการคัดกรองชุมชน 9
ด้าน โดย อสม. และ (3) นโยบายการพัฒนา
สุขภาพปฐมนุญ “คนไทยทุกคนครอบคลุมมี
ประจำตัว 3 คน”

1.2) การดำเนินการช่วยลดข้อจำกัดด้าน
ขอบเขตอำนาจหน้าที่ของกรมวิชาการสุขภาพที่แยก
เป็นรายปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น การจัดการการพลัด
ตกหกล้มและการป้องกันโรคของกรมควบคุมโรค การ

ส่งเสริมสุขภาพจิตและโรคสมองเสื่อมโดยกรมสุขภาพจิต การส่งเสริมฟื้นฟูการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้การดำเนินการแบบเครือข่ายในแนวราบ (Horizontal Networking) ทำให้สามารถจัดการดูแลแบบองค์รวมและครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุ

1.3) การใช้กลไกเครือข่ายแบบแนวราบและการสนับสนุนทางวิชาการ และการประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) จากหน่วยวิชาการภายนอก (External Support) ช่วยลดข้อจำกัดการทำงานแบบสั่งการ (Command and Control) ช่วยทำให้เกิดการความผูกพัน (Engagement) ความไว้วางใจ รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการกรณีที่หน่วยงานไม่ได้เตรียมงบประมาณรองรับ ทำให้การดำเนินการสามารถขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการของพื้นที่

2) ปัจจัยด้านบริบทหน่วยบริการและชุมชน

2.1) การพัฒนาทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformative Leadership Team) และผู้ประสานงานระดับอำเภอ โดยผสมผสานแนวคิดและชุดประสบการณ์จากการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานให้มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินการในระดับพื้นที่อำเภอและจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต. และ PCU สามารถประสานข้อมูล บุคลากร และหน่วยงานบริหารจัดการในพื้นที่ และจัดเวทีการแลกเปลี่ยน ถ่ายทอดองค์ความรู้ และรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนการ

ดำเนินการของโครงการ และแผนการดำเนินการของพื้นที่

2.2) การพัฒนานโยบายทางการบริหารในพื้นที่ ในการประกาศใช้แผนพัฒนาระดับอำเภอ เพื่อกำหนดเป้าหมายทิศทางและกิจกรรมดำเนินการ การจัดตั้งทีมพัฒนางาน การพัฒนาศักยภาพถ่ายทอดและเสริมสร้างความรู้บุคลากร เกิดการระดมทรัพยากรทางการบริการ ได้แก่ ทีมบุคลากร เครือข่ายหน่วยบริการ กิจกรรมการให้บริการ เช่น การคัดกรองสุขภาพโดยผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือทางการแพทย์ การเชื่อมโยงและส่งต่อการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward Center) หรือศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC) ของโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนดของโครงการและเป้าหมายของหน่วยงาน

2.3) การพัฒนาโครงการในรูปแบบการผลิตบริการร่วม (Co-production Project) เกิดการระดมทรัพยากรจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แผนงานสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ หรืองบประมาณหลักประกันสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) รวมถึงกองทุนสาธารณะประโยชน์ในชุมชน ให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานองค์กร และบุคลากรส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดการทีมสุขภาพครอบครัว (Family Care Team) การจัดทีมและดำเนินการของผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแล (Community /Family Care Giver) ทำให้การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

5. ตัวอย่างกรณีศึกษา : การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของทีมสุขภาพ รพ.สต. และหน่วยบริการ สุขภาพปฐมนิเทศ

กระบวนการดูแล	การคัดกรองและประเมินเชิงลึก	แผนการดูแล	ระบบการดูแลส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ	ผลลัพธ์	ปัจจัยสนับสนุน
กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 92 ปี อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว	- น้ำหนัก 36.5 กก. ส่วนสูง 139 ซม. - จำนวนฟัน 10 ซี่ - เส้นรอบแขน 21 ซม. - เส้นรอบน่อง 25 ซม. - โรคประจำตัวและอาการป่วย : กรดไหลย้อน โรคไตระยะที่ 2 เวียนศีรษะขณะลุกยืน - ภาวะความเสื่อมถอย : ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ได้ खाตสารอาหาร และมีภาวะซึมเศร้า	- เป้าหมายกลับมาเดินได้ - คล่องขึ้นภายใน 6 เดือน - แผนออกกำลังกาย : ส่งเสริมการออกกำลังกาย เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ออกกำลังกาย - ครั้งละ 30 นาที 3-4 วัน/สัปดาห์ - แผนการดูแลโภชนาการ : จัดตารางตัวอย่างเมนูอาหาร 7 วัน ตามความชอบของผู้สูงอายุ - ภาวะความเสื่อมถอย : ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ได้ खाตสารอาหาร และมีภาวะซึมเศร้า	- ทีม รพ.สต. แนะนำ- - สาธิตการใช้เชือกกายภาพ ด้วยท่าบริการ - 5 ท่า ออกกำลังกาย - ครั้งละ 30 นาที 3-4 วัน/สัปดาห์ - ประเมินเมนูอาหารตามแผน ความชอบของผู้สูงอายุ ทุกสัปดาห์ เพื่อเพิ่มความอยากทานอาหาร - ทีม อสม. ติดตามทำกิจกรรมตามแผน และการเสริมกำลังใจ - ติดตามผลการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะโภชนาการ	ระยะเวลา 6 เดือน - น้ำหนัก 38 กก. - จำนวนฟัน 10 ซี่ - รอบแขน 23 ซม. - รอบน่อง 26 ซม. - ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย : กลับมาเดินได้ กระฉับกระเฉงขึ้น สามารถกวาดขยะรอบบ้านได้ - ด้านภาวะโภชนาการ : กล้ามเนื้อแขน – น่องเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น - ด้านภาวะซึมเศร้า : ภาวะซึมเศร้าลดลง	- การติดตามและประเมินผลการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง - ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเข้าร่วมดูแลด้านอาหารให้ทุกวัน
กรณีศึกษาที่ 2 : เพศชาย อายุ 87 ปี	- โรคเรื้อรังเบาหวาน หอบหืด - ADL 6 - พบปัญหาความเสื่อมถอยด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดอาหาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- เป้าหมายฟื้นฟูให้กลับมาลุกเดินได้คล่องตัวภายใน 5 เดือน - โปรแกรมการออกกำลังกายเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ - โปรแกรมการฝึกการทรงตัว การยืดกล้ามเนื้อ และการฝึกเดิน - โปรแกรมการจัดเมนูอาหาร	- ติดตามการทำกิจกรรมตามแผนการดูแล ทุกสัปดาห์ - ประเมินสภาวะสุขภาพ และความสามารถในการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน - เสริมกำลังใจ	ระยะเวลา 6 เดือน - เดินได้คล่องตัวขึ้น - ADL = 15	- ระบบการติดตามกำกับแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอ - การประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง - ครอบครัวสนับสนุน
กรณีศึกษาที่ 3 : เพศหญิง อายุ 89 ปี	- น้ำหนัก 35 กก. ส่วนสูง 143 ซม. - เคยหกล้มกระดูกสะโพกหัก - Time up and Go > 12 วินาที - MMSE = 8 คะแนน	- เป้าหมายกลับมาเดินได้ - คล่องขึ้นภายใน 6 เดือน - จัดโปรแกรมออกกำลังกายเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ - เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ยืดกล้ามเนื้อ - เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว - ด้านความคิดความจำ	- ติดตามซึ่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ - สาธิต-ฝึกทักษะการทำกิจกรรมออกกำลังกายตามโปรแกรม ได้แก่ การฝึกการใช้กล้ามเนื้อขา แขน กายกายบริหาร การฝึกวาดภาพระบายสี การทายภาพ	ระยะเวลา 7 เดือน - น้ำหนัก 37 กก. - Time up and Go น้อยกว่า 12 วินาที - MMSE = 14 คะแนน - MoCA = 5 คะแนน - ADL = 15 คะแนน - พบปัญหา ด้านความคิดความจำ การเคลื่อนไหว	- มีการติดตามประเมินผลการทำกิจกรรมตามแผน และการปรับแผนให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

กระบวนการดูแล	การคัดกรองและประเมินเชิงลึก	แผนการดูแล	ระบบการดูแลส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ	ผลลัพธ์	ปัจจัยสนับสนุน
	- MoCA = 3 คะแนน	- แผนโภชนาการ ปรับการรับประทานอาหาร	- ติดตามการรับประทานอาหาร	ร่างกาย และภาวะทุพโภชนาการ	- ครอบครัว และทีม อสม.
	- ADL = 12 คะแนน	ตามการคำนวณการความต้องการพลังงานต่อวันให้	เยี่ยมบ้านเพื่อปรับแผนการดูแล 2		สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง
	- พบปัญหา ด้านความคิดความจำ	เพียงพอ	สัปดาห์/เดือน		ให้กับผู้สูงอายุเป็นประจำทุกสัปดาห์
	การเคลื่อนไหว	- แผนฟื้นฟูความคิด			
	ร่างกาย และภาวะทุพโภชนาการ	ความจำ			

6. การประเมินสัมฤทธิ์ผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของทีมสุขภาพ รพ.สต. และหน่วยบริการสุขภาพปฐมนิเทศ

6.1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง

รายการข้อมูล (n = 145)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสื่อมถอยได้รับการดูแล	
เพศหญิง	53 (36.30)
อายุ (ปี), mean $\pm$ SD ,min – max	75.14 $\pm$ 8.56 , 60 – 100 ปี
ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	75 (51.37)
สถานภาพสมรส (หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่)	53 (36.30)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน), mean $\pm$ SD , min - max	3.42 $\pm$ 1.72 , 1 – 9 คน
การมีโรคประจำตัว	
- ความดันโลหิตสูง	86 (58.90)
- เบาหวาน	44 (30.14)
- ไขมันในเลือดสูง	32 (21.92)
- หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ไตวาย ไทรอยด์/ไทรอยด์เป็นพิษ	10 (6.85), 2 (1.37), 3 (2.05), 3 (2.05)
- กระดูกหักเส้นประสาท กระดูกสะโพกแตก	3 (2.05), 1 (0.68)
- มะเร็ง เนื้องอก	3 (2.05)
อาศัยอยู่คนเดียว (อาสาสมัครผู้ดูแล อสม. เป็นผู้ดูแล)	15 (10.27)
ผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว หรือญาติ)	131 (84.25)
รายได้ประจำของครอบครัว (บาท/เดือน) mean $\pm$ SD , min - max	3,082 $\pm$ 6,742 , 500 - 50,000

6.2 ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินเปรียบเทียบระดับความเสื่อมถอยของศักยภาพภายในของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ภาวะความเสื่อมถอย ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ		รวม	χ^2	p-value
	พบปัญหา	ไม่พบปัญหา			
ด้านความเคลื่อนไหวร่างกาย	70	76	146	6.23	0.0126*
พบปัญหา	59	2	61		
ไม่พบปัญหา	11	74	85		
ด้านภาวะโภชนาการ	14	132	146	3.60	0.0578
พบปัญหา	12	8	20		
ไม่พบปัญหา	2	124	126		
ด้านความคิดความจำ	37	109	146	8.00	0.005*
พบปัญหา	37	8	45		
ไม่พบปัญหา	0	101	101		

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3 ผลการประเมินเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ระดับความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสามารถต่ำ (ติดเตียง)	14	9.59	3	2.05
ระดับความสามารถปานกลาง (ติดบ้าน)	15	10.27	11	7.53
ระดับความสามารถปกติ (ติดสังคม)	117	80.14	132	90.41

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย
ก่อน-หลังการดำเนินการ

ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน	n	Mean	SD	t	p-value	95% confidence Interval
ก่อนดำเนินการ	146	14.466	5.198	-11.635	0.000*	13.615 – 15.316
หลังดำเนินการ	146	17.877	3.924			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อน-หลังดำเนินการ

ความพึงพอใจและ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	n	Mean	SD	t	p-value	95% confidence Interval
ก่อนดำเนินการ	146	3.450	0.066	-11.659	0.000*	3.320 – 3.581
หลังดำเนินการ	146	4.065	0.053			3.960 – 4.170

*p-value < 0.05

6.3 ผลลัพธ์ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพครอบครัว ก่อน-หลัง
การดำเนินการ

ความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงาน	n	Mean	SD	t	p-value	95% confidence Interval
อสม.และ CG						
ก่อนดำเนินการ	137	3.964	0.049	-8.9487	0.000*	3.867 – 4.062
หลังดำเนินการ	137	4.486	0.056			4.375 – 4.598
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข						
ก่อนดำเนินการ	30	3.563	0.147	-6.075	0.000*	3.262 – 3.864
หลังดำเนินการ	30	4.380	0.082			4.212 – 4.548

*p-value < 0.05

ผลการประเมินศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิแบบบูรณาการเพื่อการ ดูแลผู้สูงอายุ	เกณฑ์คะแนน (n = 103)			คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 26 คะแนน)
	ไม่มีการ ดำเนินการ หรือดำเนินการ ได้อย่างจำกัด	มีการริเริ่ม การ ดำเนินการ	การดำเนินการ ที่นำไปสู่ความ ยั่งยืน	
1. การจัดบริการดูแลแบบบูรณา การด้านสุขภาพและสังคม	5 (4.85)	80 (77.67)	18 (17.48)	คะแนนเฉลี่ย = 18.82 Min = 5 , Max = 26
2. การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดบริการดูแลแบบบูรณาการ	19 (18.45)	51 (49.51)	33 (32.04)	คะแนนเฉลี่ย = 16.04 Min = 2 , Max = 26

อภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินการ (Implementation Model) (Cheryl Stetler et. al., 2011) เป็นการพัฒนารูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานด้าน

บริการดูแลสุขภาพ (Task-oriented Purpose) ในการจัดการบริการใหม่แบบบูรณาการและมุ่งเน้นผลลัพธ์ (Model Care Redesign) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การทบทวนความรู้

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (2) การพัฒนาศักยภาพ
ผู้ปฏิบัติงานทีมสุขภาพ (3) การพัฒนาศักยภาพและ
เสริมพลังการปรับระบบบริการดูแลแบบบูรณาการ
และ (4) การพัฒนาศักยภาพการประเมินผลลัพธ์

การพัฒนากระบวนการดำเนินการรูปแบบ
เป็นการแปลงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge
Translation to Practice) เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
สุขภาพดี และรูปแบบการดำเนินการดูแลแบบ
บูรณาการ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-
based) ด้วยชุดความตามแนวทางปฏิบัติ (Practice
Guideline) เพื่อเป็นเหมือนแผนที่ (Customer
Journey) หรือเส้นทางการดูแลผู้สูงอายุ (Care
Pathway) ที่มีความเข้าใจง่าย ลดข้อผิดพลาด
ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ช่วยในการตัดสินใจ
ปฏิบัติการที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ และ
ช่วยลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และต้องนำมาใช้
เป็นแกนหลักของการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ
ของผู้ให้บริการในระดับ รพ.สต. และ PCU ส่งผลต่อ
ผลลัพธ์การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพและหน่วย
บริการ

ผลลัพธ์การดำเนินการตามแนวทาง
ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ แสดงให้เห็น
ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประเมิน และมีการ
จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ผล
การประเมินก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า ภาวะ
ความเสื่อมถอยของศักยภาพภายในและความสามารถในการ
ทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความพึงพอใจและ
คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
ขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) (ตารางที่ 2
– 5) ขณะที่ผลการประเมินผลการดำเนินการด้าน
บริการสุขภาพปฐมนุญ แสดงให้เห็นว่า ทีมสุขภาพ
ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมนุญ มีความพึงพอใจ
ต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการและผลการปฏิบัติงาน

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$)
(ตารางที่ 6)

ทั้งนี้ แนวปฏิบัติจะได้รับการนำไปปฏิบัติให้
บรรลุเป้าหมายยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ
การสนับสนุนจากหน่วยงานวิชาการทางนโยบายมี
ความสำคัญในการเอื้ออำนวย (Facilitation) ให้เกิด
การดำเนินการตามเป้าหมายสำหรับหน่วยบริการปฐมนุญ
ในโครงการ ได้แก่ การสนับสนุนด้านองค์ความรู้
ชุดประสบการณ์จากการฝึกอบรม เทคนิควิธีการ
เครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้ และการเสริมพลังเพื่อ
สร้างความเชื่อมั่นในองค์ความรู้และการปฏิบัติตาม
แนวทาง เพื่อให้เกิด (1) ระบบการจัดบริการดูแลแบบ
บูรณาการ (Integrate Health and Social Care
Services) จากการดำเนินการจัดบริการดูแลแบบ
บูรณาการด้านสุขภาพและสังคม ผลการประเมิน
พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.82 (ร้อยละ 72.38 ของ
คะแนนรวม) อยู่ในขั้นตอนริเริ่มการดำเนินการ และ
(2) การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายระบบบริการแบบ
บูรณาการและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จะต้อง
มีปัจจัยการบริหารจัดการสนับสนุนการดูแลแบบ
บูรณาการ (Align Care Systems to Support
Integrated Care) ผลการประเมินพบว่าคะแนนเฉลี่ย
เท่ากับ 16.04 (ร้อยละ 61.85 ของคะแนนรวม) อยู่ใน
ขั้นริเริ่มการดำเนินการ (ICOPE, 2019b) โดยพบว่า
บริบท (Context) ของพื้นที่ดำเนินการที่เอื้อต่อการ
จัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
(Natasha Robert and et. AL., 2021) มีปัจจัยสำคัญ
ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของทีมสุขภาพ
(Transformative Leadership) นโยบายและ
เป้าหมายทางบริหารแบบมุ่งเน้นคุณค่าและผลลัพธ์
(Value-based of Outcome Policy and Goals)
และการพัฒนาโครงการผลิตบริการร่วมของชุมชนและ
หน่วยงาน (Coproduction Project)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา มีข้อค้นพบสำคัญที่ควรนำไปสู่การขยายผลรวมถึงการพัฒนางานด้านการวิจัยดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) ควรกำหนดนโยบายและแผนงานในการนำแนวทางปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการและการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ทั้งการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ และการฟื้นฟูหรือทบทวนองค์ความรู้ที่ทันสมัยให้กับทีมผู้ให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดำเนินการจัดบริการดูแลแบบบูรณาการ (Integrate Health and Social Care Services) และการบริหารจัดการสนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการ (Align Care Systems to Support Integrated Care) ให้เกิดการพัฒนาปฏิบัติงานแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ตามบริบทของพื้นที่

2. หน่วยงานหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) ในพื้นที่ดำเนินการของโครงการควรนำหลักเกณฑ์และผลการทบทวนประเมินตนเองไปใช้ในการวางแผนพัฒนาปรับปรุงยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

3. ข้อค้นพบประการสำคัญจากการศึกษาวิจัยและการประเมินคุณภาพของหน่วยบริการพบว่า การจัดการระบบสารสนเทศแบบดิจิทัลของหน่วยงานต่างๆ ยังมีการแยกระบบงานออกจากกัน (Fragmentation) ซึ่งขาดการบูรณาการใช้ข้อมูลร่วมกัน อาทิ หน่วยงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการคัดกรองชุมชน 9 ด้าน การจัดการแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกรมอนามัย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบ

สารสนเทศให้เกิดเอกภาพและบูรณาการร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อน และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลและจัดการตนเอง รวมถึงระบบติดตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านภาวะความเสื่อมถอยศักยภาพภายในและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันในระบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4. หน่วยงาน องค์การทางวิชาการ รวมถึงนักวิชาการ ควรมีการพัฒนาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะความเสื่อมถอยศักยภาพภายในและความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการศึกษาวิจัยติดตามมาตรการหรือรูปแบบดูแลส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อการพัฒนาชุดมาตรการหรือกิจกรรมที่มีประสิทธิผล (Effective Intervention) เพื่อใช้เป็นทางเลือกหรือประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.พงษ์เทพ วงษ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) , พญ.ดวงดาว ศรียากุล และนพ.สันติ ลาภเบญจกุล สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) , สมาคมหมอนามัย, คณะทำงานจัดการความรู้ของโครงการวิจัย , ผู้ประสานงานโครงการระดับอำเภอ และผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต. และ PCU โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ

อ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. กรมการแพทย์, นนทบุรี.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **ระบบศูนย์บริการข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)** <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน 2565.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2561). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560**. บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด, กรุงเทพมหานคร.
- ดวงดาว ศรียากุล. (2566). **คู่มือการจัดบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยประยุกต์ตามแนวทางของ ICOPE (Practice Service Guideline Applied from WHO-Integrated Care for Older People) : โครงการการพัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการเพื่อการป้องกันภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ “ทีมสุขภาพ 3 หมอปฐมภิไธย ผู้สูงวัยแข็งแรง. สมาคมหมออนามัย และสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพองค์กรวม มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, นนทบุรี.**
- สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2561). **ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. รายงานที่ดีอาร์ไอ. ฉบับที่ 138** มีนาคม 2561.
- สันติ ลาภเบญจกุล และคณะ. (2560). **แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นนทบุรี.**
- สุชาติพิทย์ จันทรรัักษ์ (บรรณาธิการ). (2564). **แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นนทบุรี.**
- Cheryl Setler, Laura Damschroder, Christian Helfrich and Hildi Hagedorn.(2011). A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. **Implementation Science**. 2011, 6:99.
- Integrated Care for Older People (ICOPE). (2019a). **Guidance for Person-centered Assessment and Pathways in Primary Care**. WHO, Geneva.
- Integrated Care for Older People (ICOPE). (2019b). **Implementation Framework : Guidance for Systems and Services**. WHO, Geneva.
- Jack Mezirow. (1991). **Transformative Dimensions of Adult Learning**. San Francisco : Jossey-Bass.
- Natasha Robert and et. AL. (2021). The utility of the implementation science framework “Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services” (i-PARIHS) and the facilitator role for introducing patient-reported outcome measures (PROMs) in a medical oncology outpatient department. **Quality of Life Research**. pp.3063-3071.
- WHO. (2017). **Integrated Care for Older People : Guidelines on Community-level Interventions to Management Declines in Intrinsic Capacity**. Geneva.

WHO. (2020). Decade of Healthy Ageing :
Baseline Report. Geneva.

Online Access

[https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/
article/view/4473](https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/4473)

