



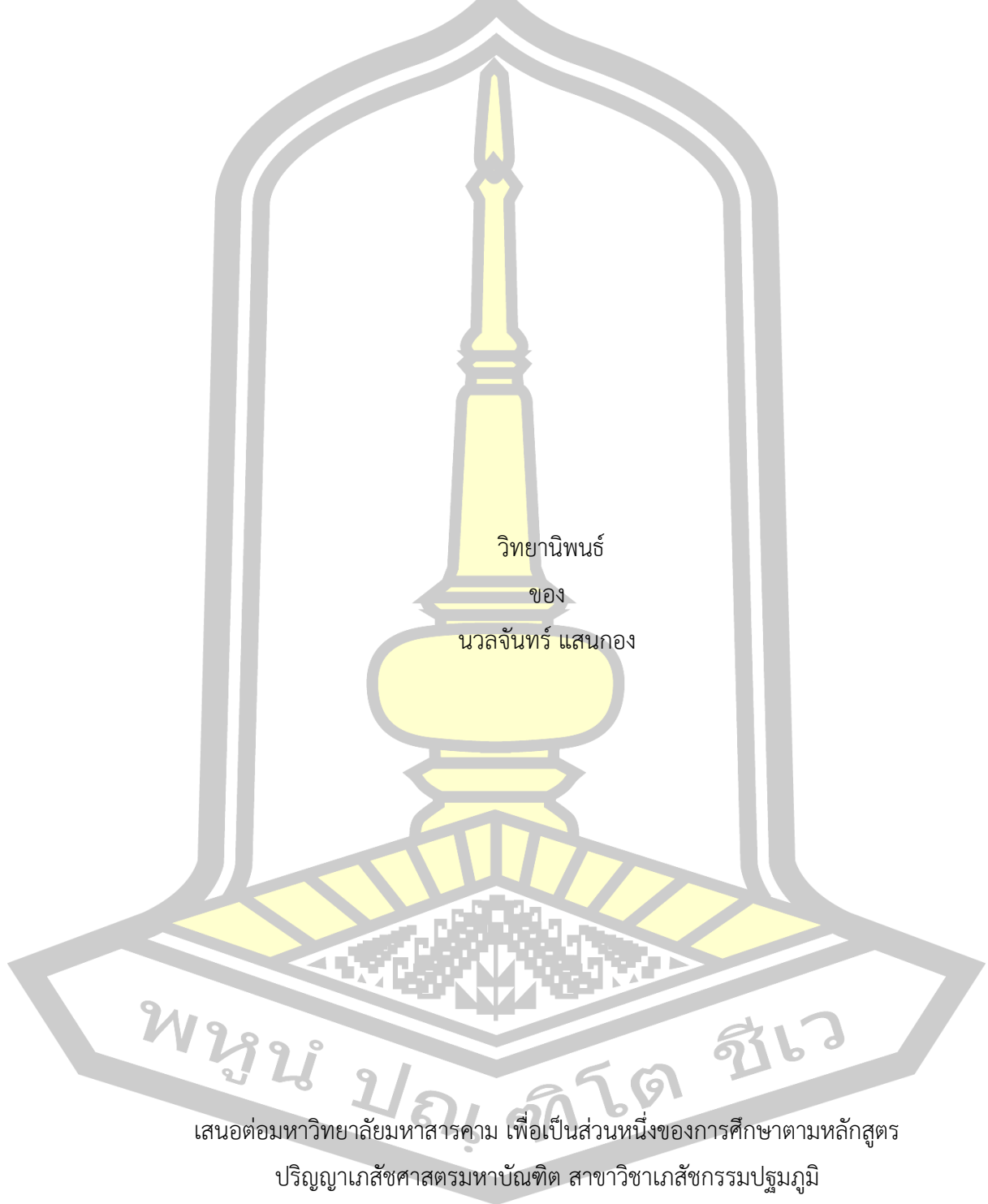
การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่ม  
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิทยานิพนธ์  
ของ  
นवलจันทร์ แสนกอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ  
ธันวาคม 2562

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่ม  
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

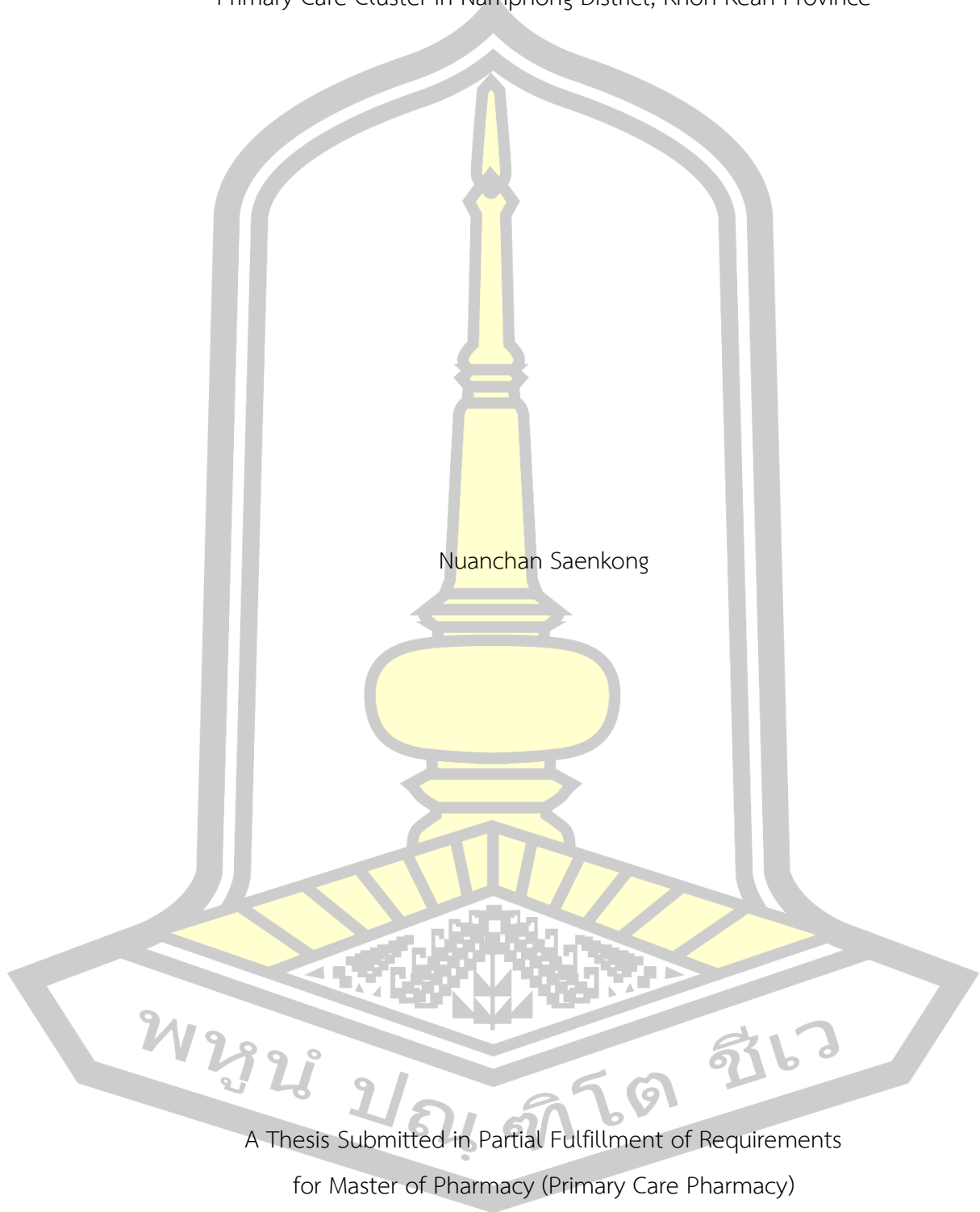


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ธันวาคม 2562

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

An Evaluation of Dependent Elderly Care Program by Family Physician Team of  
Primary Care Cluster in Namphong District, Khon Kean Province



Nuanchan Saenkong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Pharmacy (Primary Care Pharmacy)

December 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางนวลจันทร์ แสนกอง  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. สุรศักดิ์ ไชยสงค์ )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. กฤษณี สระมณี )

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรัชดา ชนโสภณ )

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญา เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....  
(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง )

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

..... (ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น		
<b>ผู้วิจัย</b>	นวลจันทร์ แสนทอง		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ไชยสงค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤษณี สระมุณี		
<b>ปริญญา</b>	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	เภสัชกรรมปฐมภูมิ
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีที่พิมพ์</b>	2562

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในตำบลสะอาด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และศึกษาผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ทำการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวอย่างน้อย 2 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 37 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 37 คน สมาชิกทีมหมอครอบครัว 11 คน และตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน รวมทั้งข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยอธิบายวิธีการและผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาด โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มกับทีมหมอครอบครัวและบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 11 คน ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็น ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ มีทั้งการตรวจรักษาโรค กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพะ รวมถึงกิจกรรมด้านสังคมต่างๆ เช่นการส่งเสริมอาชีพ โดยการทำงานนั้นเป็นรูปแบบการทำงานภายใต้หลักการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังได้รับการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 37 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลและรวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาลที่บันทึกไว้ ทดสอบด้วยสถิติที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า Barthel ADL Index ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ช่วงก่อน  $6.78 \pm 3.20$  และช่วงหลัง  $10.68 \pm 6.08$ ,  $p < 0.001$ ) แต่อัตราการมารับบริการที่แผนก

อุบัติเหตุดุกเฉิบกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ช่วงก่อน  $1.22 \pm 1.20$  และช่วงหลัง  $2.4 \pm 3.85$ ,  $p=0.05$ ) เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในช่วงหลังการรับการดูแลพบว่า คุณภาพชีวิตในมิติการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมประจำวัน ความปวด/ไม่สบาย ความเครียด/วิตกกังวล เท่ากับ  $4.14 \pm 1.03$ ,  $3.73 \pm 1.45$ ,  $2.94 \pm 1.43$ ,  $2.94 \pm 1.43$  และ  $2.68 \pm 1.43$  ตามลำดับ และมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ  $0.22 \pm 0.03$

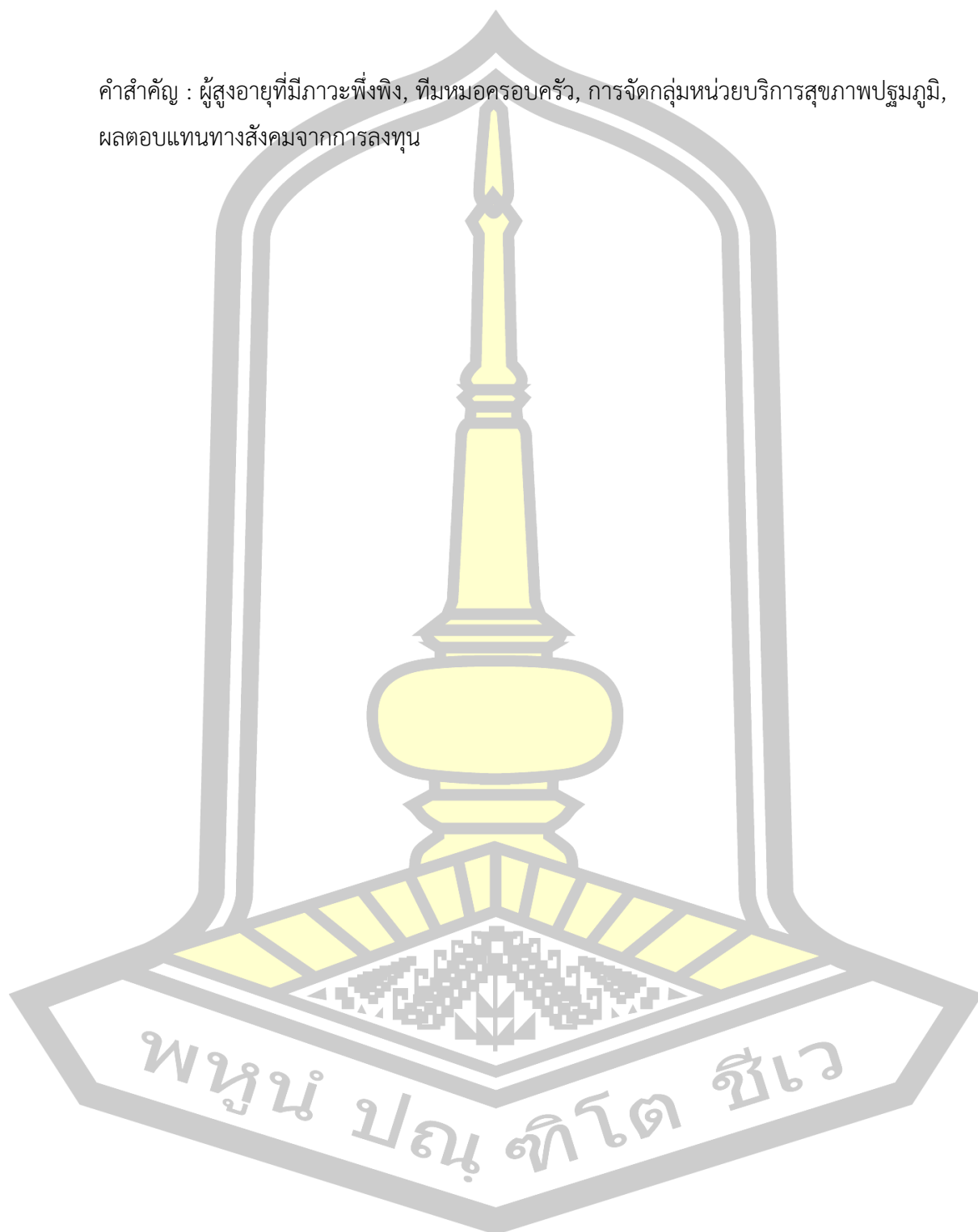
ส่วนที่ 3 ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนการดูแลผู้สูงอายุฯ โดยประเมินมูลค่าการลงทุนดูแลผู้สูงอายุฯ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลน้ำพองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาด ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและเทศบาลตำบลสะอาด และประเมินมูลค่าผลตอบแทนการดูแลผู้สูงอายุฯ จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุฯ และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ ด้วยการประเมินความยินดีจ่าย จำนวนอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI ratio) เป็นมูลค่าในปี 2561 และทำการวิเคราะห์ความไว ผลการศึกษาพบว่า มูลค่าการลงทุนโดยรวมเท่ากับ 898,777.88 บาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยินดีจ่าย  $316.22 \pm 153.23$  บาท/ครั้งในการรับบริการ มูลค่าผลตอบแทนโดยรวมเท่ากับ 2,013,047.98 บาท ค่า SROI ratio เท่ากับ 2.24 ในการวิเคราะห์ความไวเมื่อเปลี่ยนแปลงการลงทุนหรือผลตอบแทนในกรณีต่างๆ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุฯ มีผลตอบแทนสูงกว่าการลงทุนในทุกกรณี

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุฯ ส่วนนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ให้บริการจำนวน 11 คน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 1 คน ทำการวิเคราะห์ซึ่งเนื้อหาและเรียบเรียงประเด็น ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่มีประสิทธิภาพ และภาระงานที่มากเกินไป ทำให้บุคลากรเหนื่อยล้า ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จคือเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ทักษะคติในการทำงานของทีมที่ยึดหลัก “ผู้ป่วยคือญาติ” และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รวมถึงระบบ “พยาบาลชุมชน” ที่โรงพยาบาลน้ำพองดำเนินงานมาเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดบุคลากรที่เป็น “คนในพื้นที่” สามารถเข้าใจปัญหาของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำงานในพื้นที่ได้อย่างราบรื่น และเข้าถึงปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

โดยสรุป รูปแบบการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุฯ ทำงานภายใต้หลักการบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้และการทำงานภายใต้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุฯ ให้ผลตอบแทนทางสังคมที่คุ้มค่าจากการลงทุน รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของ

โปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ทีมหมอครอบครัว, การจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ,  
ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน



<b>TITLE</b>	An Evaluation of Dependent Elderly Care Program by Family Physician Team of Primary Care Cluster in Namphong District, Khon Kean Province		
<b>AUTHOR</b>	Nuanchan Saenkong		
<b>ADVISORS</b>	Assistant Professor Surasak Chaiyasong , Ph.D. Assistant Professor Kritsanee Saramunee , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Pharmacy	<b>MAJOR</b>	Primary Care Pharmacy
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2019

### ABSTRACT

This study aimed to assess impacts and social return on investment of long term care program under primary care cluster for dependent elderly in Namphong district, Khon Kean province. A mixed-methods study was conducted to gather data from dependent older people who received the program services at least two times since 1 August 2017 to 31 October 2018 (n=37), their care givers (n=37), family physician team members (n=11) and local administrator (n=1) together with secondary data collection. The study was divided into four part and its methods were described as followed.

Part 1 service activities of family physician team. A focus group discussion with 11 members of family physician team. Content analysis was performed. The results revealed that service activities included treatment, rehabilitation, health promotion and disease prevention as well as social activities including supporting occupation activities. These activities were served under a principle of primary care services.

Part 2 clinical outcomes of dependent older people who attended the program. A quasi-experimental research measuring before and after attending the program was carried out in 37 older people and their care givers.



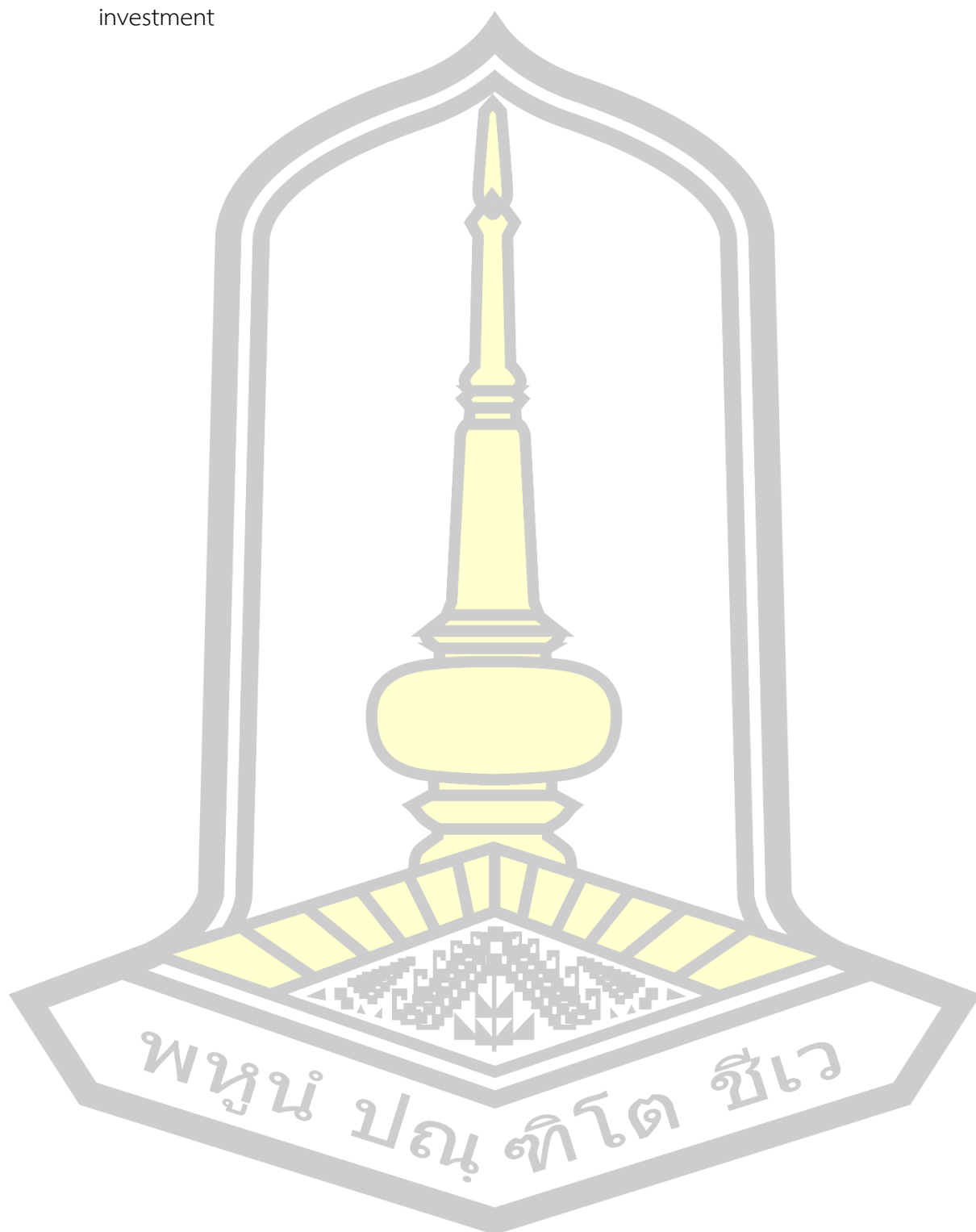
Appropriate statistics were applied. The results revealed that increasing Barthel ADL index from  $6.78 \pm 3.20$  to  $10.68 \pm 6.08$  ( $p < 0.001$ ) and decreasing emergency visit rate from  $1.22 \pm 1.20$  to  $2.4 \pm 3.85$  ( $p = 0.05$ ). The quality of life after attending the program was  $4.14 \pm 1.03$ ,  $3.73 \pm 1.45$ ,  $2.94 \pm 1.43$ ,  $2.94 \pm 1.43$  and  $2.68 \pm 1.43$  for mobility, self-care, usual care, pain/discomfort and depression/anxiety, respectively. Average utility score  $0.22 \pm 0.03$ .

Part 3 social return on investment (SROI). Benefits and costs of the 9-month program were collected from older people and their care givers and recoded data of the hospital, healthcare center, long term care center and municipality government. SROI ratio was estimated for year 2018. Sensitivity analysis was performed. This study found that total cost of investment was 898,777.88 baht. Average willingness-to-pay of the care givers was  $316.22 \pm 153.23$  baht/service and total benefits for the return was 2,013,047.98 baht. The SROI ratio was 2.24. In all sensitivity analysis cases, this program would yield higher return compared with investment.

Part 4 barriers, facilitators and guides for improving the program. This part was a descriptive study carrying focus group discussion with 11 family physician team members and interview of 1 local administrator. Content analysis was performed. The major barriers included lacking information technology and high work burden. The major facilitators were strong social network, good working attitude to treat a patient as relative, humanized care service together with good system of community nurses which had long been founded from local people by Nampong hospital.

In conclusion, long term care program of family physician team for elderly in Nampong is based on primary care principle. This program could improve older people's life and it has high social return. The government and other sectors should support the program for its continuity and sustainability.

Keyword : Elderly people, Family physician, Primary care cluster, Social return on investment



## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณี สระมุณี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง อาจารย์ ดร.สุรัชดา ชนโสภณ ซึ่งเป็นกรรมการสอบงานวิจัยฉบับนี้ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้งานวิจัยนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น เทศบาลตำบลสะอาด จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ความช่วยเหลือการวิจัยทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

นวลจันทร์ แสนทอง

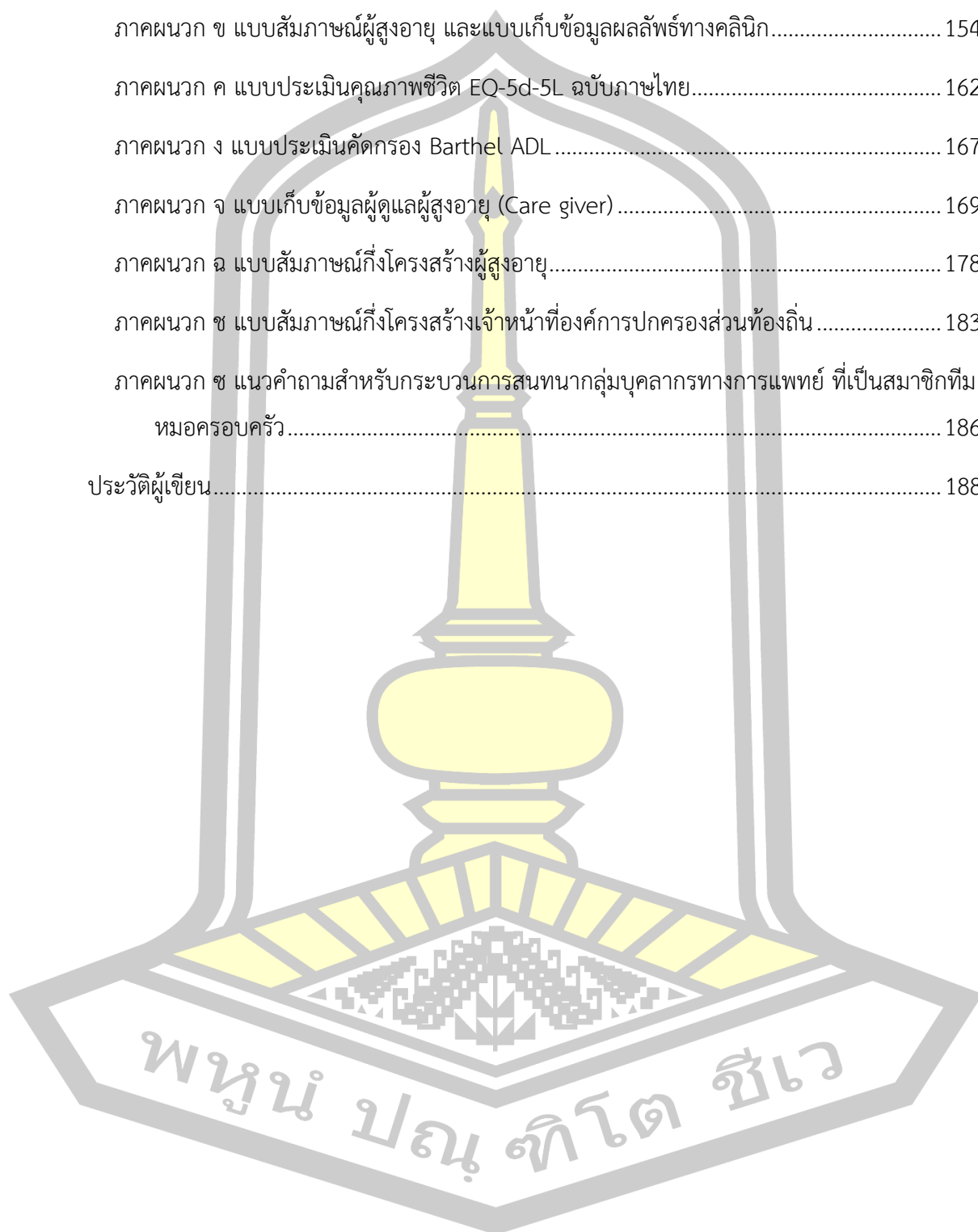


## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
กิตติกรรมประกาศ.....	ญ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ต
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.5 นิยามตัวแปร.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง.....	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในรูปแบบการจัดกลุ่มหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC).....	17
2.3 กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ.....	23
2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Health Economic Evaluation).....	24

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return On Investment: SROI).....	28
2.6 แนวคิดการประเมินความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness-To-Pay: WTP).....	34
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
3.1 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย .....	55
3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง .....	55
3.3 วิธีการวิจัยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	58
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
3.5 จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ .....	67
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	68
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	77
4.1 ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบาย หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลสะอาด .....	77
4.2 ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคลินิกในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมบริการและญาติผู้ดูแล .....	107
4.3 ส่วนที่ 3 ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนจัดบริการฯ.....	119
4.4 ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน.....	132
4.5 ส่วนที่ 5 คุณค่าที่เกิดจากกระบวนการทำงานที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสังคม .....	134
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	135
5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	135
5.2 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและการปฏิบัติ.....	142
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	144
บรรณานุกรม.....	145
ภาคผนวก .....	151

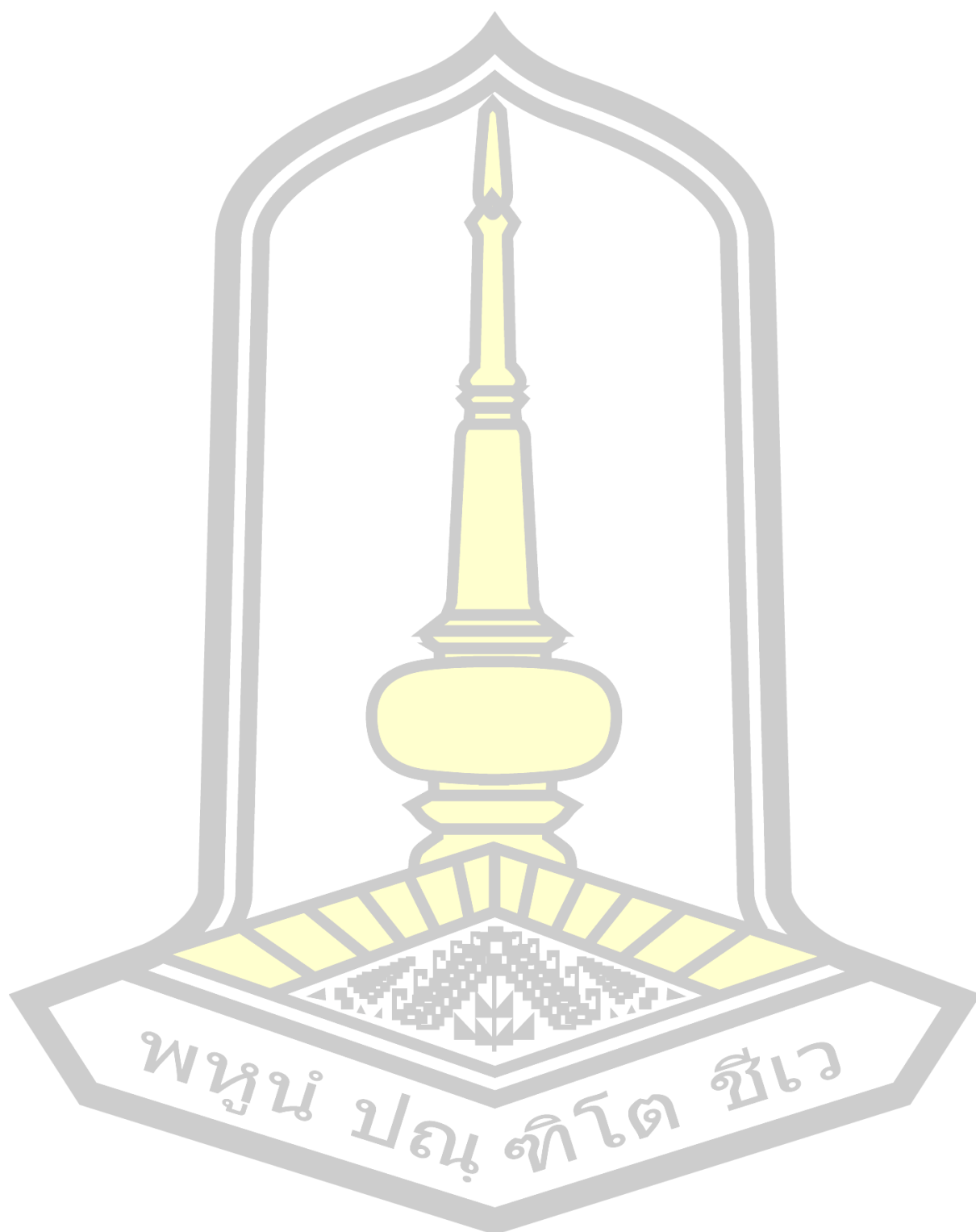
ภาคผนวก ก	บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Long Term Care .....	152
ภาคผนวก ข	แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก.....	154
ภาคผนวก ค	แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5d-5L ฉบับภาษาไทย.....	162
ภาคผนวก ง	แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL .....	167
ภาคผนวก จ	แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) .....	169
ภาคผนวก ฉ	แบบสัมภาษณ์กิ่งโครงสร้างผู้สูงอายุ.....	178
ภาคผนวก ช	แบบสัมภาษณ์กิ่งโครงสร้างเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น .....	183
ภาคผนวก ซ	แนวคำถามสำหรับกระบวนการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นสมาชิกทีม หมอครอบครัว.....	186
ประวัติผู้เขียน.....		188



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เป้าหมายของการดำเนินงาน พ.ศ. 2559-2561 .....	16
ตารางที่ 2 บทสรุปการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินโครงการด้วย SROI .....	47
ตารางที่ 3 มูลค่าความยินดีจะจ่ายที่ได้จากขั้นตอนการตั้งคำถามปลายเปิด .....	66
ตารางที่ 4 กระบวนการการค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย .....	70
ตารางที่ 5 กระบวนการระบุผลลัพธ์ และผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย .....	72
ตารางที่ 6 ข้อมูลลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง .....	107
ตารางที่ 7 สถานะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	109
ตารางที่ 8 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว .....	110
ตารางที่ 9 คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวัดด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L .....	112
ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ .....	114
ตารางที่ 11 คะแนนภาระในการดูแล และคะแนนผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง .....	117
ตารางที่ 12 แสดงมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายด้วยวิธี ตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา และวิธี Payment card .....	120
ตารางที่ 13 ต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีมาโรงพยาบาลโดยมิได้วางแผน และมานอนโรงพยาบาลโดยมิได้วางแผน .....	123
ตารางที่ 14 ต้นทุนค่าจ้างบุคลากรทีมสหวิชาชีพ .....	125
ตารางที่ 15 ต้นทุนรวมในการให้บริการของทีมหมอครอบครัว .....	126
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด ....	128
ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความไวต่อค่า SROI .....	131

ตารางที่ 18 คุณค่าที่เกิดจากกระบวนการทำงานของทีมหมอครอบครัว ..... 134





## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
ภาพที่ 2 ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) ของกระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง .....	6
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิด 6 Building blocks ของกระทรวงสาธารณสุข .....	21
ภาพที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนแบบครบวงจร .....	33
ภาพที่ 5 แสดงผลที่เป็นไปได้จากการตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา .....	37
ภาพที่ 6 แสดงผลที่เป็นไปได้จากการตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจริง .....	65
ภาพที่ 7 รูปแบบกิจกรรมการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด .....	78
ภาพที่ 8 การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน และการจัดทำแผนปฏิบัติงานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ .....	82
ภาพที่ 9 แสดงกระบวนการเชื่อมโยงประสานการทำงานระหว่างสหวิชาชีพในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ .....	92
ภาพที่ 10 แสดงรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อระบบสุขภาพ .....	96
ภาพที่ 11 แสดงปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดแข็งด้านกำลังคน .....	99
ภาพที่ 12 แสดงการบริหารจัดการเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ .....	104
ภาพที่ 13 แสดงห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) ของโปรแกรมการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด .....	121

พูน ปณ ทิโต ชีเว

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรครั้งสำคัญคือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างอายุของประชากรโลกและของประเทศต่าง ๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น (1) ปรากฏการณ์ทางประชากรนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ ในปี 2558 ประชากรโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว และสังคมไทยเองก็กำลังเผชิญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงาน และวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2557(2) แสดงว่าในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยประชากรสูงอายุเพิ่มจาก 1.21 ล้านคน ในปี พ.ศ.2503 เป็น 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด และผลจากการคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2553 -2583 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในปีพ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 และข้อมูลจากคณะทำงานฉายภาพประชากร ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2578 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล(3) สะท้อนว่าประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอีกเกือบ 3 เท่าตัว ดัชนีผู้สูงอายุ (จำนวนผู้สูงอายุต่อเด็ก 100 คน) เพิ่มจาก 45.0 ในปี 2548 เป็น 174.4 ในปี 2578 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยทำงานกำลังลดลง

แม้ว่าการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์จะสามารถลดอัตราการตายของประชากรทุกกลุ่มอายุได้ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รายงานจากแสดงว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เพิ่มจาก 59 ปี ในปี พ.ศ.2508 เป็น 79 ปี ในปีพ.ศ. 2558 (4) แต่การมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุไทยจะมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายชีวิต ทั้งนี้ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (5)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นได้ถูกพัฒนาขึ้นในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น โปรแกรม SIPA (System of Integrated Care for Older Persons) ประเทศแคนาดา หรือโครงการ Integrated Care ประเทศอิตาลี ซึ่งมีหลักในการดูแลผู้สูงอายุคือดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (community-based) (6) เพื่อลดการดูแลในโรงพยาบาลด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งวัดผลสำเร็จจากอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ลดลง อัตราการมาที่แผนกฉุกเฉินลดลง คุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น และมูลค่าที่โรงพยาบาลสามารถประหยัดได้ เป็นต้น รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับภาวะที่ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เน้นการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม (community-based) มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีแนวคิดพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ จัดให้มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างการดูแลจากสหวิชาชีพกับชุมชน โดยการขับเคลื่อนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี

ในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ที่นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ด้วยหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว (7) โรงพยาบาลน้ำพองได้บูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้หลักการของการดูแลด้านสาธารณสุขที่ยึดบ้านและชุมชนเป็นหลักอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (home-based และ community-based) โดยอำเภอเมืองได้เริ่มดำเนินการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ตำบลสะอาดตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา ซึ่งยังไม่การรายงานผลการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุ ดังกล่าว ดังนั้นเพื่อทราบสถานการณ์ ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการดำเนินการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุฯ จึงควรมีการประเมินผลการดำเนินการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและชุมชน รวมทั้งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการส่งเสริมและขับเคลื่อนโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่อื่นต่อไป

อย่างไรก็ตามการประเมินโครงการด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการประเมิน เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติของผลกระทบจากการดำเนินโครงการ ไม่ใช่ประเมินเฉพาะผลลัพธ์ที่มีต่อสุขภาพผู้ป่วยเท่านั้น แต่ควรเลือกตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและเศรษฐศาสตร์ด้วย เพื่อให้สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายได้ และใช้ในการสื่อสารผลลัพธ์ต่อสาธารณะได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุฯ ดังกล่าว ทั้งผลลัพธ์ด้านคลินิกและผลลัพธ์ด้านสังคมและเศรษฐศาสตร์

จากข้อมูลของ Tools and Resources for Assessing Social Impact (TRASI) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมวิธีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการและการลงทุนเพื่อสังคมที่ก่อตั้งเมื่อ ค.ศ. 2010 แสดงวิธีการประเมินผลลัพธ์สังคมไว้มากถึง 150 วิธีในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมมีหลากหลายวิธีให้เลือกใช้ แต่เนื่องจากแนวทางการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมเพิ่งกำเนิดและพัฒนาในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ทำให้ไม่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกเหมือนเช่นมาตรฐานการประเมินทางบัญชีซึ่งมีการพัฒนามาหลายร้อยปี แต่ก็ถือเป็นแวดวงที่มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากการเติบโตของการลงทุนเพื่อสังคม (Impact investing) และกิจการเพื่อสังคม โดยประเภทของเครื่องมือที่พบบ่อยได้แก่ Cost-Benefit Analysis (CBA) และอีกประเภทที่พบบ่อยและเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายได้แก่ Social Return On Investment (SROI) หรือการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน SROI นั้นได้ถูกพัฒนาขึ้นช่วงปี ค.ศ. 1995 - 1999 โดย The Roberts Enterprise Development Fund (REDF)(8) ซึ่งเป็นองค์การเพื่อสาธารณประโยชน์ของสหรัฐอเมริกา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดและแสดงผลกระทบ (impact) ต่อสังคม และเพื่อแสดงประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณในการลงทุนของโครงการเพื่อสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ ขององค์กร ให้ความสนใจกับการแปลงผลลัพธ์ของกิจการทั้งต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นนามธรรมอยู่ในรูปแบบของค่าเงิน (Money value) โดยกระบวนการที่เรียกว่า Monetization โดย SROI นั้นพัฒนามาจากเครื่องมือ CBA แต่เน้นให้ความสำคัญกับการรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาในกระบวนการประเมินเพื่อให้ผลการประเมินนั้นมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ในต่างประเทศมีการนำ SROI มาใช้ในการประเมินโครงการต่างๆอย่างแพร่หลายทั้งการประเมินโครงการเพื่อสังคมและโครงการด้านสุขภาพต่างๆ เช่น โครงการ Tackling AIDS Through Sport (9) ซึ่งประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในประเทศซิมบับเว หรือการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆในกลุ่มรายได้สูง (10) (High-income countries) เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการของบประมาณเพื่อกิจการต่างๆของโครงการด้านสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีให้นำ SROI มาใช้ในการประเมินโครงการอย่างแพร่หลายมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการเกี่ยวกับสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ โดยนำแนวคิดของ SROI มาใช้ เพื่อนำเสนอผลของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ และสะท้อนคุณค่าของผลลัพธ์ของโครงการที่เกิดขึ้นต่อสังคมไทย

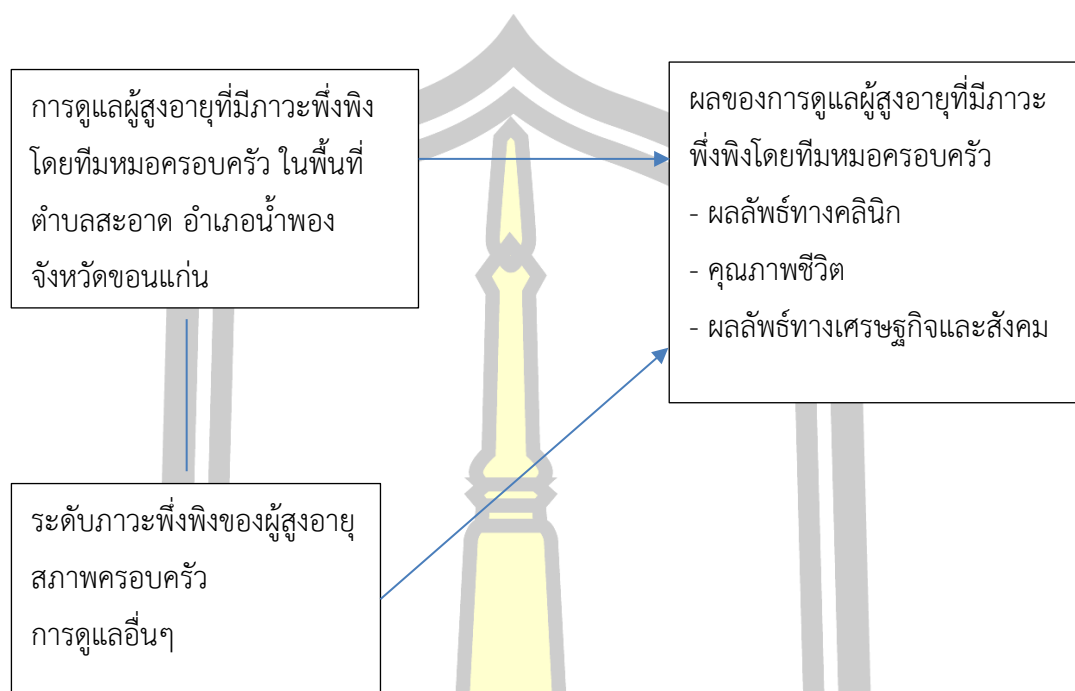
## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

- 1.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ
- 1.2.2 เพื่อวัดผลการรักษาและผลลัพธ์ด้านคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ
- 1.2.3 เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ
- 1.2.4 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ



### 1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

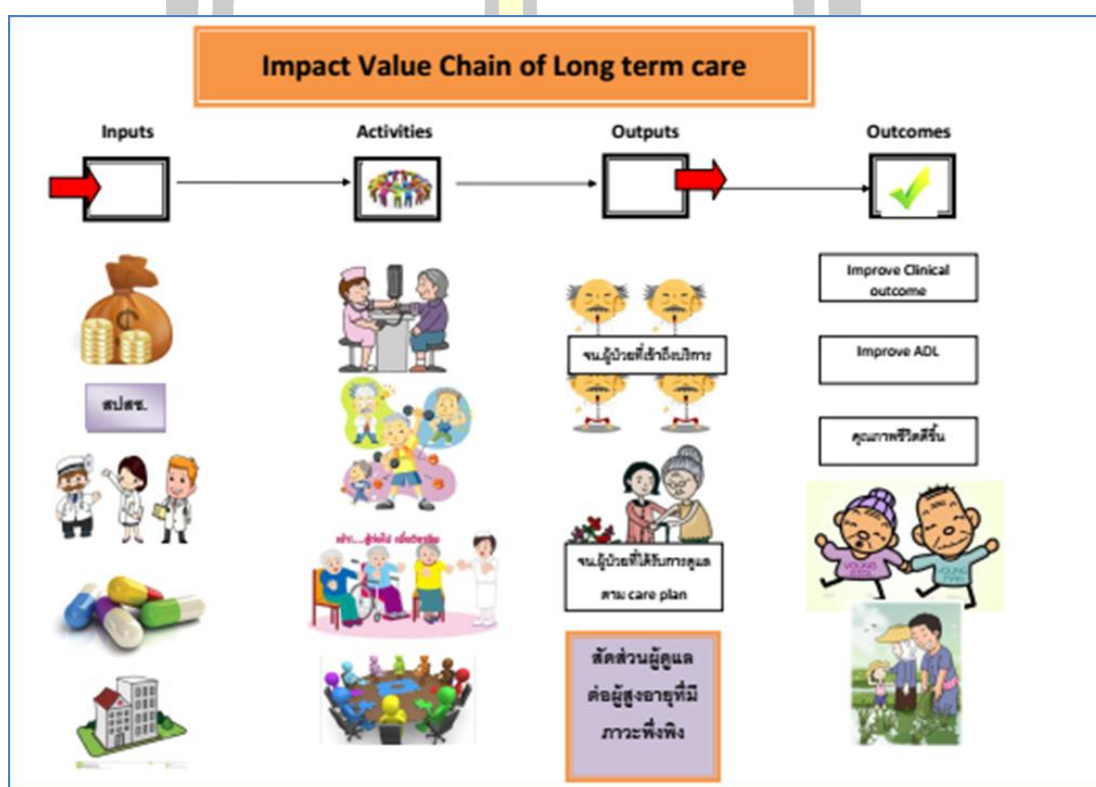


ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการรักษา คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์และสังคม เพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุฯ นี้ โดยใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ในการกำหนดผลลัพธ์และวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม จากปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิตและผลลัพธ์ของโปรแกรม

มุ่งค้นหาผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากกระบวนการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยทีมหมอครอบครัว ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical outcomes) ซึ่งผู้วิจัยใช้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่วัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทิล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index :Barthel ADL ) เป็นตัวชี้วัดหลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงวัดด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วัดด้วย แบบประเมิน Zarit burden และ 3) ประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน จากการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาด ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCC สะอาด) ซึ่งมีปัจจัยกวนได้แก่กระบวนการประเมินสัดส่วนผลลัพธ์ที่เกิดจากองค์กรอื่น (Attribution) เพื่อลดการกล่าวอ้างเกินจริงของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผลลัพธ์

ที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้เกิดจากผลของโปรแกรมที่เราต้องการศึกษาแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นกระบวนการแจกแจงผลลัพธ์โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องที่สุดจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ, สภาวะโรคตามธรรมชาติของผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้ต้องมีการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และสุดท้ายคือระดับเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย เนื่องจากสภาวะทางเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองอาจส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต และระดับการได้รับการดูแลของผู้ป่วยได้



ภาพที่ 2 ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) ของกระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ดัดแปลงจากคู่มือประเมินผลลัพธ์ทางสังคม ของ สฤณี อาชวานันทกุล) (13)

จากภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) มาจัดทำเป็นแผนภาพเพื่ออธิบายให้เห็นห่วงโซ่ของกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กล่าวคือกระบวนการเริ่มตั้งแต่การใส่ปัจจัยนำเข้า (Input) เข้าไปในกิจกรรม (Activities) ซึ่งจะออกมาเป็นผลผลิต (Output) และสุดท้ายคือผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการจากกระบวนการดังนี้ การใส่ปัจจัย

นำเข้าไปในการดำเนินงาน ประกอบด้วย เงินงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เงินงบประมาณในการดำเนินงานโดยทีมหมอบรรณครว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) ค่าจ้างหรือค่าแรงของเจ้าหน้าที่ (บุคลากรสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรของ สปสช.) ค่าใช้จ่ายสำหรับยาและเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายสำหรับสิ่งปลูกสร้างหรืออาคารสถานที่หรือวัสดุสำนักงาน ค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานประจำวัน เช่น ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าเบี้ยเลี้ยงในการอบรม care giver เป็นต้น ส่วนกิจกรรมนั้นมีความหมายรวมถึงกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การอบรมให้ความรู้ผู้ป่วย และ care giver การประชุมหรือการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นต้น เพื่อนำมาซึ่งผลผลิตได้แก่ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน การมีทีมหมอบรรณครวในพื้นที่เพื่อดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสัดส่วนของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และสุดท้ายคือผลลัพธ์ที่ต้องการคือ การมีผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) ที่ดีขึ้นสำหรับแต่ละโรค ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ (ค่าคะแนน ADL ดีขึ้น) และผลลัพธ์สุดท้ายคือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ

#### 1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งค้นหาผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากกระบวนการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยทีมหมอบรรณครว ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical outcomes) ซึ่งผู้วิจัยใช้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่วัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index :Barthel ADL ) เป็นตัวชี้วัดหลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และ 2) วิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI ) ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยทีมหมอบรรณครว ทำการศึกษาในศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น

#### 1.5 นิยามตัวแปร

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ตามความหมายที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 (11)



ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง ดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง ที่วัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index :Barthel ADL ) ที่ต่ำกว่า 12 ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (12)

การดูแลระยะยาว หมายถึง หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก (12) อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI) หมายถึง การนำผลลัพธ์ด้านสังคม (Social Impact) ในด้านต่างๆ ที่กิจการสร้างมาคำนวณหา “มูลค่า (Monetized Value)” เป็นตัวเงิน แล้วเปรียบเทียบกับมูลค่าทางการเงินของต้นทุนที่ใช้ไปในการดำเนินกิจการเพื่อดูว่ากิจการสร้างผลลัพธ์ทางสังคมคิดเป็นมูลค่าเท่าไร ต่อเงิน 1 บาทที่ลงทุนไป (13) ซึ่งกิจกรรมที่จะประเมินในการศึกษานี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยทีมหมอครอบครัว

ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ผลหรือประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษานี้จะติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกจาก

- 1) กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living index) ที่สูงขึ้น หมายถึง เปลี่ยนจากผู้ป่วยติดเตียงเป็นติดบ้าน และเปลี่ยนจากผู้ป่วยติดบ้านเป็นติดสังคม
- 2) การเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate : GFR) สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
- 3) การเปลี่ยนแปลงของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
- 4) การเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure
- 5) การเปลี่ยนแปลงของค่า LDL-Cholesterol ในกระแสเลือด

6) การเปลี่ยนแปลงของการแข็งตัวของเลือด วัดจากค่า INR (International Normalized Ratio) สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

7) การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

8) การเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

9) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ประเมินด้วยแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHO) ฉบับภาษาไทย

10) การเกิดปัญหาจากยา (Drug Related Problem : DRP) ด้วยแบบประเมิน PCNE ver.6 เช่น อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Major bleeding สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น

11) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

### 1.6.1 ต่อผู้บริหาร

1) ผู้บริหารทราบผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการดำเนินโครงการ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับทิศทางของการทำงานขององค์กรได้

2) ผู้บริหารตระหนักถึงข้อจำกัดของการดำเนินกิจกรรม สามารถนำข้อมูลมาใช้เพื่อให้เกิดการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดจากการดำเนินโครงการ

3) สามารถกำหนดทิศทางการดำเนินงานของโครงการได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และศักยภาพหรือข้อจำกัดของทีมปฏิบัติงาน

### 1.6.2 ต่อทีมหมอครอบครัว

1) งานวิจัยนี้สามารถสะท้อนข้อมูลผลลัพธ์และข้อจำกัดต่างๆของโครงการให้แก่ทีมผู้ดำเนินงานได้รับทราบ และสามารถวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ได้ เพื่อที่สามารถพัฒนาการดำเนินงานและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและสังคม

2) สามารถนำข้อมูลผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมมาใช้ในการวางแผนในการปรับปรุงกิจกรรมของโครงการให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและสังคม

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมจากการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จากการใช้บริการด้วยทีมหมอครอบครัว อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูล จากหนังสือ ตำรา บทความ เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งมีประเด็นในการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. แนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในรูปแบบการจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)
3. กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ
4. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Health Economic Evaluation)
5. การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI)
6. การประเมินความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness To Pay: WTP) ด้วยวิธีการประเมินค่าโดยการสัมภาษณ์ประชาชนโดยตรง (Contingent Valuation Method: CVM)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นคำที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลผลิตของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ และภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชากรโลก อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคน ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการ ต้องการบริการการดูแลระยะยาว แต่เนื่องจากผู้รับบริการการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลระยะยาวจึงกลายเป็นบริการของผู้สูงอายุไปโดยปริยาย (12)

##### 2.1.1 คำนิยาม

- 1) ผู้สูงอายุ

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558 (4) ได้กล่าวถึงความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ปัจจุบัน องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุ แต่สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 (11) ดังนี้ “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

## 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง อันหมายถึง การดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL) ที่สูง ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน

ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546(11) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

- 2.1) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
- 2.2) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
- 2.3) ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

วิราภรณ์ โปธิศิริ (1) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาจาก 2 มิติ คือ มิติสุขภาพและมิติทางสังคม ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรัง ในขณะที่ภาวะพึ่งพิงทางสังคมจะประเมินจากลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพครอบครัว เช่น ยากจน ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เป็นต้นอย่างไรก็ตาม เพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุติดสังคม 2) ผู้สูงอายุติดบ้าน และ 3) ผู้สูงอายุติดเตียง

จากนิยามข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ให้นิยามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง

### 3) ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

จากคู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ปี พ.ศ. 2559 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (12) หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

U.S Department of Health and Human Services (14) ได้ให้ความหมายที่เน้นถึงการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง กล่าวคือ เป็นการให้บริการสุขภาพที่มีความหลากหลายหรือเป็นลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน

นอกจากนั้น ยังมีผู้ให้ความหมายในมิติของความต้องการของบุคคล และบทบาทของนักวิชาชีพที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ซึ่ง Tomus Day (14) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลระยะยาว คือความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ต้องการให้อีกบุคคลช่วยเหลือเขาทั้งมิติของร่างกาย และอารมณ์เป็นระยะเวลานาน โดยการช่วยเหลือดังกล่าวอาจมีความต้องการให้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่างในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำการจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การจัดการบริการระยะยาวหมายถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ สังคม และอื่นๆ หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อให้บริการกับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดการเพื่อให้บุคคลสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และอยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกันคือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อหาสินค้า บริโภคอุปโภค การเตรียมอาหาร และการดูแลที่พักอาศัย

ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของทีมหมอครอบครัว ที่ทำการศึกษาคั้งนี้จะครอบคลุม ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล/บริการที่หลากหลาย เช่น สถานพยาบาล บ้านพักผู้สูงอายุ สถานะบริหารการพยาบาล การดูแลระหว่างวัน การดูแลที่บ้าน เป็นต้น โดยการดูแลทางด้านสุขภาพจะเป็นประเภทการดูแลที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางสุขภาพ ได้แก่ การดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute care) เน้นการดูแลโรคที่ทำให้ต้องมานอนโรงพยาบาลจนกระทั่งพ้นขีดอันตราย การดูแลระยะกลางหรือระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate

care/Sub-acute care) เป็นการดูแลช่วงพักฟื้นหรือส่งต่อจากระยะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันก่อนกลับไปดูแลที่บ้าน เน้นฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น การดูแลระยะยาว (Long-term care) เน้นการให้บริการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะทุพพลภาพทางกายหรือทางจิต และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุซึ่งป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวในลักษณะองค์รวม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและปัญหาด้านอื่นๆ ซึ่งในการดูแลประเภทนี้ จะรวมถึง (Hospice care/ End of life care) ซึ่งเป็นการดูแลในระยะท้าย ส่วนใหญ่เป็นระยะเวลา 6 เดือนก่อนเสียชีวิต

### 2.1.2 รูปแบบของการดูแลระยะยาว

ลักษณะของการบริการที่จัดขึ้นตามแนวคิดการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยบริการหลายลักษณะ ซึ่งองค์การอนามัยโลก กล่าวว่า การดูแลระยะยาว เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในระบบสุขภาพและระบบสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน และผู้ให้การดูแลที่เป็นทางการ เช่น นักวิชาชีพและผู้ช่วย ตลอดจนผู้ให้การดูแลตามประเพณี และอาสาสมัคร Koff (15) ระบุว่า บริการสำหรับการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้บริการการส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยงานอื่นการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ และการให้บริการเป็นรายบุคคล ซึ่ง Koff ได้แบ่งรูปแบบการให้บริการเป็น 4 รูปแบบดังนี้

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์การดูแลที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model)

เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจ้างงาน การจัดหาอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์ เป็นต้น

2) รูปแบบการบริการรวม (Congregate Service Model)

เป็นการรวบรวมบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น

อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพพจนามัยที่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

### 3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service)

เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่ในสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพพจนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล

### 4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model)

เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟันฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาลโดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก(16) ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่า ในสถานที่เดียวกัน

2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ

4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดย ครอบครัวเพื่อน บ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมโดยยึดมิติของแหล่งบริการที่ผู้สูงอายุต้องไปใช้บริการแล้ว อาจกล่าวได้ว่า การดูแลระยะยาวครอบคลุมแหล่งบริการที่บ้าน สถาบันที่ให้บริการและชุมชนที่อาศัยอยู่โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

### 2.1.3 ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2558 ได้มีบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย (ภาคผนวก ก) มีสาระสำคัญคือเพื่อให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนาระบบในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่

1.1) ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

1.2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับการพึ่งพิง

1.3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อาศัยบุคลากรที่มีใช้วิชาชีพเป็นหลัก เช่นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

1.4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

2) ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย

บริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล การดูแลที่บ้าน บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการด้านเภสัชกรรม เช่น แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค วางแผน กำกับ รายงานการใช้ยาลดปวดและอื่น ๆ ที่จำเป็น เป็นต้น บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์



ตามที่ สปสช.กำหนด บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ

### 3) กลไกการดำเนินการและการบริหารจัดการ

มีกลไกการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) คณะกรรมการนโยบายและกำหนดทิศทางในส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนา จัดทำแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล 2) คณะกรรมการสนับสนุนระดับจังหวัด มีหน้าที่คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน และประสานงานด้านงบประมาณ สนับสนุนวิชาการ ควบคุมกำกับ ประเมินผล และรายงานส่วนกลาง 3) คณะกรรมการประสานงานระหว่างอำเภอ มีหน้าที่บูรณาการการงานระดับพื้นที่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ 4) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

### 4) เป้าหมายการดำเนินงานใน 3 ปี (ทั่วประเทศ)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมายของการดำเนินงาน พ.ศ. 2559-2561

ช่วงเวลา	เป้าหมาย
ช่วงที่ 1 (ปี 2559)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 10% ประมาณ 1,000 ตำบล และ 100,000 ราย
ช่วงที่ 2 (ปี 2560)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 50% ประมาณ 5,000 ตำบล และ 500,000 ราย
ช่วงที่ 3 (ปี 2561)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 100% หรือทุกตำบล ประมาณ 1,000,000 ราย

### 5) ตัวชี้วัดด้านผลผลิตในภาพรวม

กระทรวงสาธารณสุขติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยกำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพ สัดส่วนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ที่มีระดับคะแนน ADL (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน และจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในรูปแบบการจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)

### 2.2.1 คำนิยาม

#### 1) เวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัว(17) คือ สาขาการแพทย์เฉพาะทางแขนงหนึ่งซึ่งรวมความรู้ทางการแพทย์และสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพัน ความรัก การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว

แนวคิดในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ประเทศไทยรับศาสตร์นี้มาจากประเทศตะวันตก ที่เป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาเฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นศาสตร์วิชาที่เกิดขึ้นหลังจากที่บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเป็นสาขาเฉพาะทางมากมาย จนทำให้บริการพื้นฐานเวชปฏิบัติทั่วไปถูกลดคุณค่า ถูกลดค่า และไม่ได้ได้รับความนิยม แพทย์ด้านเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศตะวันตกจึงได้พยายามรวมกลุ่มและศึกษาพัฒนา จัดระบบความรู้ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพพื้นฐานให้เป็นศาสตร์วิชาที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่าอีกสาขาหนึ่งที่ไม่ด้อยกว่า บริการทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เน้นความเป็นบูรณาการของความรู้ทางการแพทย์สาขาต่างๆ ได้แก่ความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา มิได้เน้นไปทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ลงลึกไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่เป็นศาสตร์ที่ให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่ม ทุกโรค เน้นการให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความพยายามที่จะเข้าใจความต้องการ และความจำเป็นของประชาชนในด้านสุขภาพ

องค์การโลกทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (WONCA: World Organization of National Colleges and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians)(18) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ดังนี้ “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึงแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ผสมผสาน (comprehensive health care) แก่บุคคลทุกคนที่มาใช้บริการ เมื่อมีความจำเป็น ทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไป (Generalists) ที่ยอมรับการให้บริการแก่บุคคลทุกเพศ และทุกกลุ่มอายุ เป็นผู้ที่บริบาลดูแลสุขภาพแก่รายบุคคลในบริบทของครอบครัวและดูแลครอบครัวภายใต้บริบทของชุมชน ไม่ว่าจะ เป็นชนชาติ ศาสนา ชนชั้นทางสังคม และวัฒนธรรมแบบใด และมีความสามารถในการให้บริการทางด้านคลินิกโดยส่วนใหญ่ หลังจากที่มีการพิจารณาและคำนึงถึงพื้นฐานทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการร่วมด้วยรวมทั้งมีความรับผิดชอบในการให้บริการที่ผสมผสานอย่างต่อเนื่อง

## 2) ทีมหมอครอบครัว(19)

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาลรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) องค์การปกครองท้องถิ่น (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษาส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรวิชาชีพสายสุขภาพที่ประชาชนพึงได้ โดยประชาชนรู้สึกไว้วางใจ รวมถึงระบุได้ว่าใครคือหมอครอบครัวของเขา กล่าวคือ สามารถดูแลสุขภาพของเขาได้ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาเยียวยา บำบัดฟื้นฟู ยามเขาและครอบครัวป่วยไข้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เขาและครอบครัวมีความแข็งแรงและมีความสุขตามสมควร การช่วยประสานส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ให้เขาและครอบครัว การเสริมพลังให้เขาและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเองและทำนุบำรุงสุขภาพของตนเองเป็น

## 3) Primary care cluster (PCC)

Primary care cluster หมายถึง การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่าย การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิม หรือ จัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน

การพัฒนา Primary care cluster(7) เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “หมอประจำครอบครัว” ซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชากรประมาณ 10,000 คน จึงกำหนดให้ Primary care cluster 1 Cluster ประกอบด้วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30,000 คน เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.2.2 หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care Cluster โดยทีมหมอเวชศาสตร์ครอบครัว

หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึงการที่ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ใช้ปรัชญาการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยของบุคคลโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วยอย่างรอบด้าน หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ซึ่งประกอบ ด้วยแนวคิดสำคัญ 5 ประการ คือ

1) Primary medical care หรือ Care on first contact basis คือการดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ทำการรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง ตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ

2) บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) ของผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติ ทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการใช้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio psycho social spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic sensibility)

3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน

4) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสุขภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ

5) มีระบบให้การปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึง ทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้ อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

### 2.2.3 บทบาทหน้าที่ของบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care Cluster มีดังนี้

1) เป็นหมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”

2) เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ดูแล “คน” เป็นองค์รวม ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน

3) ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย (Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค (Disease)

4) การประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

5) การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน

6) ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตามประเมินผลสถานการณ์ของงานและสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

7) ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.2.4 การบริหารจัดการ Primary Care Cluster ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks Model

การบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ(15) อาศัยกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การให้บริการสุขภาพ 2) บุคลากรสุขภาพ 3) สารสนเทศสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์การแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยี 5) การเงินการคลังสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ กระทรวงสาธารณสุขได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็น 6 Building Blocks Model สำหรับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอเป็นการจัดรูปแบบบริการเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีการจัดบริการไปพร้อมกับการจัดระบบสนับสนุนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แสดงรูปแบบได้ตามภาพที่ 3 ต่อไปนี้





ภาพที่ 3 กรอบแนวคิด 6 Building blocks ของกระทรวงสาธารณสุข  
(ที่มา: แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ พ.ศ. 2559(7))

จากภาพดังกล่าวสามารถอธิบายการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

1) ด้านการนำการกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor) ในระดับเครือข่าย อำเภอกำหนดให้มีคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) เป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร โดยใช้แผนดำเนินงานของเครือข่ายเป็นหลัก รวมถึงมีหน้าที่กำกับดูแลอภิบาลระบบด้วย

2) ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย (Service pathway) ในการให้บริการมีการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยรับส่งต่อที่ใหญ่ที่สุดในแต่ละพื้นที่มีการจัดรูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย สามารถออกแบบระบบการส่งต่อด้วยตนเองในแต่ละเครือข่ายโดยพิจารณาตามความปลอดภัย ความสะดวกและความเหมาะสมในด้านต่างๆ ทั้งนี้ บางเครือข่ายอาจใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลซึ่งมีแพทย์ประจำเป็นจุดรับส่งต่อจากพสต ตำบลเครือข่ายก่อนส่งต่อเข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย (เป็น Gate keeper) หรือจัดให้การส่งเข้า

โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยตรงเลยก็สามารถกำหนดได้ แต่เน้นหลักการให้มีความสะดวก เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง และมีการส่งต่อข้อมูล ที่เหมาะสมด้วย พร้อมกับให้มีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อด้วย

3) ด้านการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Support system ) สำหรับภารกิจในการบริหารจัดการและประสานเครือข่ายที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่สรุปได้พอสังเขป ดังนี้

### 3.1) ระบบเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์

จัดให้มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้มีบัญชียาภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน ) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง

### 3.2) ระบบบริการด้านชั้นสูตโรค

มีการจัดระบบบริการเพื่อให้สะดวกต่อผู้รับบริการ และเป็นการรองรับบริการที่มีในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อความคุ้มค่า และคุณภาพมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย

### 3.3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จึงได้มีการพัฒนา รูปแบบในการสนับสนุนดังนี้

3.3.1) ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือไลน์ (Line™ application) โดยแพทย์ มีการจัดแพทย์รับผิดชอบเป็นพื้นที่ Cluster รวมถึงมีพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา 1 cluster มี 3 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน แบ่งเป็น 2 ทีมดูแล อสม. ทีมละ 50 คน แต่ละทีมดูแลประชาชน 5,000 คน ดังนั้นแพทย์ 1 คน ดูแลประชาชน 10,000 คน อสม.รับปัญหาเบื้องต้นจากประชาชน ติดต่อพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษา พยาบาลติดต่อไลน์เข้ากลุ่มทีมหมอครอบครัวโดยมีแพทย์ คอยตอบคำถาม ข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ตามกลุ่มประชากรของทีม ซึ่งจะทำให้ทีม คนอื่นในกลุ่มได้อ่านและเรียนรู้ไปด้วยกัน ในการจัดการปัญหาแต่ละกรณี

3.3.2) ระบบการ Conference case ให้การสนับสนุนการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านต่างๆ อาจเป็นการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานประจำ(On the job training) หรือการจัดประชุม Conference case รวมถึงการจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานซึ่งได้มีการจัดเป็นประจำ

3.3.3) ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information System) มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ หรือ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดย

ส่งผ่านคลังข้อมูลระดับอำเภอและจังหวัด ให้ทันเวลา น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

## 2.3 กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ

### 2.3.1 แนวคิด CIPP Model

แนวคิด CIPP Model (Context, Input, Process, Product model) เป็นกระบวนการประเมินกระบวนการดำเนินการ (Formative) และระยะสิ้นสุดโครงการ (Summative) ของโครงการ แผนงาน องค์กร สถาบัน และระบบ โดยโมเดลนี้อาจใช้ผู้ประเมินภายในองค์กรเอง หรือการประเมินตนเองจากทีมในโครงการ หรือ เป็นผู้ประเมินจากภายนอกองค์กร (20) องค์กรประกอบในการประเมิน CIPP Model มีดังนี้

1) Context evaluation หมายถึงการประเมินว่า “ต้องการทำอะไร” เป็นการประเมินบริบทก่อนการดำเนินการ เพื่อกำหนดประเด็นสถานการณ์ของปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ

2) Input evaluation หมายถึงการประเมินว่า “ควรทำอะไร” เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผนหรือการออกแบบการเลือกกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการ เพื่อนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์

3) Process evaluation หมายถึงการประเมินว่า “ทำได้หรือไม่” เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (monitor) รวมถึงเอกสาร (document) และกิจกรรมต่างๆ (activities) ว่ามีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ในการดำเนินการ

4) Product evaluation หมายถึงการประเมินว่า “โครงการนี้ประสบความสำเร็จหรือไม่” เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการว่ามีคุณภาพ คุณค่า หรือประสิทธิผลอย่างไร เพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น (21)

### 2.3.2 แนวคิด กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (Log frame)

กรอบเหตุผลสัมพันธ์ หรือแนวคิดเชิงตรรกะ (Log frame หรือ Logic model) (22) เป็นกระบวนการวิเคราะห์และสร้างเครื่องมือที่ช่วยในการออกแบบโครงการให้ดียิ่งขึ้น โดยมีความสัมพันธ์ทั้งด้านวัตถุประสงค์ กระบวนการ และการจัดการ โดยผ่านการติดตามดำเนินการและการประเมิน ซึ่งใช้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการวิเคราะห์โครงสร้างอย่างเป็นระบบ



โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินโครงการด้วยแนวคิด CIPP Model ประเมินในระดับโครงการ ประเมินตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ของโครงการที่ส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในมิติของคะแนน Zarit Burden

## 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Health Economic Evaluation)

เนื่องจากทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ และในปัจจุบันความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้ความต้องการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ประเด็นปัญหานี้มีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ซึ่งทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ จึงถูกนำมาใช้เพื่อเป็นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพ มุ่งเน้นให้มีการใช้จ่ายในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (23)

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์หมายถึง การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ของทางเลือก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณค่าของมาตรการที่ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรค โดยเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่ง Drummon และคณะ (24) แบ่งวิธีการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ออกเป็น 6 ประเภทได้แก่

- 1) การพรรณนาผลลัพธ์ (Outcomes description) คือการประเมินระบบหรือทางเลือกนั้นๆเฉพาะผลลัพธ์
- 2) การพรรณนาค่าใช้จ่าย (Cost description) คือการวิเคราะห์เฉพาะค่าใช้จ่ายของระบบหรือทางเลือก
- 3) การพรรณนาค่าใช้จ่าย-ผลลัพธ์ (Cost-outcome description) คือการวิเคราะห์ทั้งค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ของระบบหรือทางเลือก
- 4) การประเมินประสิทธิผลทางคลินิก (Effectiveness study) เป็นการวิเคราะห์เฉพาะส่วนของผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกต่างๆ 2 ทางเลือกขึ้นไป
- 5) การวิเคราะห์ต้นทุน (Cost analysis) เป็นการวิเคราะห์เฉพาะส่วนของต้นทุนเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกต่างๆ 2 ทางเลือกขึ้นไป

6) การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์แบบเต็มส่วน (Full economic evaluation) เป็นการเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกสองทางขึ้นไป และวิเคราะห์ทั้งต้นทุนและผลลัพธ์ ซึ่งการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการแพทย์แบบเต็มส่วนนี้ จะเป็นการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพซึ่งเหมาะสมสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย

#### 2.4.1 วิธีการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์แบบเต็มส่วน

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์แบบเต็มส่วน (25) ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือต้นทุนและผลลัพธ์ของทางเลือกที่นำมาเปรียบเทียบกับของทางเลือกหรือโครงการ 2 โครงการ ส่วนของต้นทุนจะมีการวัดเป็นหน่วยของเงินเสมอ ในขณะที่การวัดหรือการประเมินผลลัพธ์นั้น สามารถทำได้หลายวิธี และจากการวัดผลลัพธ์ที่มีหลายวิธีนั้น ทำให้สามารถแบ่งการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์แบบเต็มส่วนได้ 4 แบบ คือ

1) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (Cost-Benefit Analysis : CBA) เป็นการวัดต้นทุนและผลลัพธ์ของทางเลือกที่นำมาเปรียบเทียบกับในหน่วยของเงิน กล่าวคือการวัดผลลัพธ์เหล่านั้นจะเป็นหน่วยใดก็ตามในตอนแรก ก็จะต้องมีการแปลงผลลัพธ์เหล่านั้นให้เป็นหน่วยของเงินเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ โดยในทางทฤษฎี CBA จะเป็นค่าผลรวมทั้งหมดของผลได้ (Absolute benefit) ของทางเลือกต่างๆโดยเปรียบเทียบกับมูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ไป ดังนั้น CBA สามารถนำไปใช้เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกต่างๆที่มีวัตถุประสงค์แตกต่างกันได้ ทั้งนี้ข้อจำกัดของการใช้ CBA คือ ในบางสถานการณ์ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นหน่วยเงินได้

2) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis : CEA) กระบวนการของ CEA มีความคล้ายคลึงกับ CBA กล่าวคือเป็นการวัดหาต้นทุนและผลลัพธ์ โดยที่จะวัดต้นทุนเป็นหน่วยของเงิน แต่ในขณะที่การวัดผลลัพธ์จะเป็นหน่วยธรรมชาติเดี่ยว (Single natural unit) เช่น จำนวนชีวิตที่ช่วยไว้ได้ (Lives saved) เป็นต้น จากการที่มาตรวัดของต้นทุนและผลลัพธ์ไม่เป็นหน่วยเดียวกันจึงทำให้มีการรายงานผลของ CEA เป็นอัตราส่วนของต้นทุนและผลลัพธ์ แทนที่จะเป็นกำไรสุทธิ

3) การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (Cost-Minimization Analysis : CMA) เป็นวิธีการที่ควรเลือกใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์เมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่าแต่ละทางเลือกมีผลลัพธ์ชนิดเดียวกัน และมีผลสมมูลกัน ซึ่ง CMA จะช่วยระบุว่าทางเลือกใดที่มีต้นทุนต่ำที่สุด

4) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis : CUA) เมื่อมีการวัดผลลัพธ์เป็นอรรถประโยชน์ (utility) CUA จะถูกนำมาใช้สำหรับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ อรรถประโยชน์จะสะท้อนความพึงพอใจของหลายๆหนึ่งต่อผลลัพธ์ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นตัวอย่างอันหนึ่งที่ใช้ใน CUA ดังนั้น CUA จะให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพราะมีการรวบรวมทั้งผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ยกตัวอย่างเช่น ผลลัพธ์จากการรักษาโรคมะเร็งคือจำนวนปีที่ผู้ป่วยมีชีวิต

รอด (Life-year gained) หากนำมาปรับด้วยอัตราประโยชน์ที่ผู้ป่วยมีให้กับภาวะของสุขภาพนั้นของผู้ป่วย ผลลัพธ์ดังกล่าวจะเป็นปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality-adjusted life year : QALYs) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่พบบ่อยใน CUA

#### 2.4.2 การประเมินต้นทุนในการดูแลสุขภาพ(25)

การประเมินต้นทุนด้านสุขภาพ (measuring costs in health care) เป็นการประเมินมูลค่าการใช้ทรัพยากร (ที่มีอยู่อย่างจำกัด อันได้แก่ ยา วัสดุต่างๆ เครื่องมือ เวลาของแพทย์ เวลาของผู้ป่วย เป็นต้น) ทั้งหมดในการดำเนินมาตรการดูแลสุขภาพ (health care intervention) อันก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การประเมินต้นทุนถูกนำไปใช้สำหรับการประเมินค่าภาระทางเศรษฐศาสตร์ (economic burden) ของการเจ็บป่วย การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (economic evaluation) การวิจัยผลลัพธ์ (outcome research)

ในการวิจัยครั้งนี้จัดแบ่งประเภทต้นทุนตามเกณฑ์ต่างๆดังนี้

1) แบ่งต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “การดำเนินกิจกรรม” แนวคิดของ Kobelt (26) ซึ่งมีการจัดแบ่งประเภททุนเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1) ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct medical costs) หมายถึงทรัพยากรที่ใช้ไปเนื่องจากการดำเนินมาตรการทางสุขภาพที่ทำการศึกษา(27) ซึ่งครอบคลุมต้นทุนในการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผล การฟื้นฟู และการดูแลระยะท้าย ไม่ว่าจะการเหล่านี้จะเกิดในหรือนอกสถานพยาบาล

1.2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical costs) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองโดยผู้ป่วย (out-of-pocket expenses) สำหรับสินค้าและบริการที่นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ เช่น การเดินทาง ค่าอาหาร สิ่งอำนวยความสะดวก บริการและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น

1.3) ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) หมายถึงผลิตภาพที่สูญเสียไปเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการผลิตที่มีการจ่ายค่าตอบแทนหรือไม่ก็ตาม เช่นผลิตภาพที่สูญเสียจากการขาดงานเพราะป่วย การพิการแบบถาวร หรือการเสียชีวิตในวัยทำงาน (Premature death)

2) แบ่งต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “ประเภทค่าใช้จ่าย” ดังนี้

2.1) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) หมายถึง ต้นทุนค่าจ้างแรงงานบุคลากรในการผลิต หรือให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนหมวดเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าชดเชย ค่าสวัสดิการอื่นๆ ของเจ้าหน้าที่

2.2) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) หมายถึง ต้นทุนค่าวัสดุประเภทที่ใช้ในการบริการแต่ละกิจกรรม

2.3) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) หมายถึง ต้นทุนของการนำทรัพยากรประเภททุนมาใช้ในกิจกรรม เพื่อเป็นการลงทุนระยะยาว อันได้แก่ การลงทุนในด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง อายุการใช้งานของครุภัณฑ์ใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาจากกรมบัญชีกลาง(28) ครุภัณฑ์การแพทย์และวิทยาศาสตร์ ระบุอายุการใช้งานต่ำสุด 5 ปี และสูงสุด 15 ปี, สิ่งก่อสร้างคิดอายุการใช้งานนาน 25 ปี, ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ ระบุอายุการใช้งานต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 5 ปี

#### 2.4.3 การวัดผลได้ทางคลินิก (25)

เนื่องจากเป้าหมายหนึ่งของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์คือ เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุทธิของต้นทุนและผลได้ทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากทางเลือกต่างๆ เพื่อจัดหาวิธีการในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการวัดและประเมินผลทางคลินิกจึงเป็นหนึ่งในส่วนประกอบที่สำคัญของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องยากที่จะสามารถระบุผลได้และผลเสียของมาตรการต่างๆ ได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมโดยทั่วไปผลได้ทางคลินิกวัดได้จากตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตเช่น จำนวนปีชีวิตที่รักษาไว้ได้ แต่อย่างไรก็ตามการมีสุขภาพดีมิใช่เพียงแค่การมีชีวิตอยู่ แต่ต้องอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยดังนั้นผลของมาตรการต่อความเจ็บป่วยจึงถูกนำมาพิจารณาเพิ่มขึ้น การวัดผลได้ทางคลินิกมีประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญดังนี้

1) ประสิทธิภาพทางคลินิก (Efficacy) และประสิทธิผล (Effectiveness) โดยที่ ประสิทธิภาพทางคลินิก (Efficacy) หมายถึงการที่มาตรการให้ผลดีมากกว่าผลเสียภายใต้สถานการณ์ในอุดมคติมากน้อยเพียงใด ในขณะที่ ประสิทธิผล (Effectiveness) หมายถึงการที่มาตรการให้ผลดีมากกว่าผลเสียภายใต้สถานการณ์ปกติตามเวชปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายมักสนใจว่ามาตรการต่างๆ ให้ผลอย่างไรในสถานการณ์ของเวชปฏิบัติจริง ดังนั้นการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์จึงควรจะวัดผลลัพธ์ทางคลินิกในรูปของประสิทธิผลมากกว่าการวัดในรูปของประสิทธิภาพทางคลินิก

2) ผลลัพธ์ที่เป็นตัวแทน (Surrogate outcomes) และผลลัพธ์สุดท้าย (Final outcomes) ผลลัพธ์ที่เป็นตัวแทน หมายถึงผลที่ได้จากห้องปฏิบัติการหรืออาการแสดงทางร่างกาย ซึ่งใช้เป็นตัวแทนสำหรับผลลัพธ์สุดท้ายทางคลินิก ซึ่งวัดได้โดยตรงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร มีการทำงานของร่างกายและการรอดชีวิตเป็นอย่างไร ซึ่งบางครั้งได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าทางคลินิก แต่อย่างไรก็ตามการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ควรมีการวัดผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบของการวัดประสิทธิผล โดยนักวิจัยควรพิจารณาถึงผลลัพธ์สุดท้ายที่คาดหวังจากเทคโนโลยีสุขภาพนั้นๆ ในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงสูงสุดของสภาวะสุขภาพที่เกิดจากเทคโนโลยีนั้น

อย่างไรก็ตามโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตำบล สะอาด จัดเป็น “กิจการเพื่อสังคม” ที่จำเป็นต้องมีการประเมินความคุ้มค่าของโครงการ และแนวทางที่ผู้วิจัยเลือกเพื่อนำมาใช้ในการประเมินโครงการในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แนวทางการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return On Investment :SROI) SROI มีหลักการคล้าย CBA มาก แตกต่างเพียงแค่ขั้นตอนการรวบรวมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ได้ครอบคลุมมากที่สุดเท่านั้น โดย SROI เป็นการนำเสนอกรอบวัดและการคำนวณผลตอบแทนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการแปลงมูลค่ากิจกรรมให้เป็นตัวเลขทางการเงินเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการลงทุน (cost effectiveness) ของโปรแกรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ “แบบประเมินผลลัพธ์ทางสังคม” (Social Impact Assessment : SIA) ดังรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return On Investment: SROI)

### 2.5.1 คำนิยาม

ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) หมายถึง การนำผลลัพธ์ด้านสังคม (Social Impact) ในด้านต่างๆ ที่กิจการสร้างมาคำนวณหา “มูลค่า (Monetized Value)” เป็นตัวเงิน แล้วเปรียบเทียบกับมูลค่าทางการเงินของต้นทุนที่ใช้ไปในการดำเนินกิจการเพื่อดูว่ากิจการสร้างผลลัพธ์ทางสังคมคิดเป็นมูลค่าเท่าไร ต่อเงิน 1 บาทที่ลงทุนไป(13) ซึ่งการวิเคราะห์ SROI ถึงแม้จะแสดงเป็นอัตราส่วนใช้มูลค่าทางการเงินของประโยชน์ที่เกิดขึ้นเป็นตัวตั้งและใช้ต้นทุนการลงทุนเป็นตัวหารแต่ก็ไม่ได้แสดงเงินที่เป็นเงินจริงๆ หากแต่เป็น “บทสรุป” ของ “ชุดคุณค่าสำคัญ (Key Values)” ที่เชื่อมโยงกับพันธกิจของกิจการมากกว่าเป็นผลลัพธ์ทางอื่นโดยขึ้นอยู่กับลักษณะกิจการ เช่น ผู้รับประโยชน์มีสุขภาพดีขึ้นขยะลดลง ระบบนิเวศได้รับการฟื้นฟู ฯลฯ ผลลัพธ์หลายอย่างที่เกิดจากกิจการเพื่อสังคม สะท้อน “คุณค่า” ซึ่งมักเป็นนามธรรม การวัดเป็นตัวเลข หรือแปลงเป็นตัวเงินทำได้ยาก ดังนั้นอัตราส่วนที่เรียกว่า “ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน” จึงแสดง “คุณค่าที่เราพยายามตีมูลค่าเป็นตัวเงินอย่างใกล้เคียงที่สุด” ของผลลัพธ์ทางสังคมที่สร้างเปรียบเทียบกับการลงทุนที่จำเป็นต่อการสร้างประโยชน์ดังกล่าว

สุชาติ เอกโพธิ์ (29) ได้กล่าวว่าการวัดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment) เป็นกรอบแนวคิดในการวัดค่าและคำนวณมูลค่าผลตอบแทน ที่มีความหมายกว้างกว่าค่าทางการเงิน แต่ยังสามารถคำนึงถึงมูลค่าทางสังคม และมูลค่าทางสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งผลตอบแทนทางสังคมสามารถบอกแนวทางเพื่อช่วยลดความไม่เสมอภาค ลดการทำลายสิ่งแวดล้อม และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งเป็นอัตราส่วนระหว่างมูลค่าปัจจุบันสุทธิของ

ผลประโยชน์ และมูลค่าปัจจุบันสุทธิของต้นทุน ยกตัวอย่างเช่น ถ้าหากค่าผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเท่ากับ 1.50 บาท หมายความว่าทุกการลงทุน 1 บาท จะสามารถสร้างผลประโยชน์กลับคืนสู่ชุมชนได้ 1.50 บาท และผลประโยชน์ที่สังคมได้รับ จะถูกกลับไปลงทุนในท้องถิ่นและหมุนเวียนเช่นนี้อย่างต่อเนื่องต่อไปในอนาคต

คำศัพท์เฉพาะที่พบบ่อยในการวิเคราะห์ค่า SROI ได้แก่

**Deadweight** หรือผลลัพธ์ส่วนเกิน หมายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ดีต่อให้ไม่มีองค์การไหนทำงานเรื่องนี้ ผู้รับผลประโยชน์บางคนอาจพบวิธีบรรเทาปัญหาได้ด้วยตัวเอง หรือสภาพสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมอาจดีขึ้น เช่นคนมีความสุขมากขึ้นเพราะอาชญากรรมลดลง ส่งผลให้ “ความพึงพอใจในชีวิต” เพิ่มขึ้น เป็นต้น โดยสัดส่วนของผลลัพธ์ส่วนเกินที่คำนวณได้จะต้องนำมาหักออกจากตัวชี้วัดทางสังคมที่เกิดขึ้น

**Displacement** ผลลัพธ์ทดแทน หมายถึงกรณีที่ผลลัพธ์เชิงบวกสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มหนึ่งถูก “ขูดเซย” ด้วยผลลัพธ์เชิงลบสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกราย เช่น การที่คนใดคนหนึ่งได้งานทำ อาจแปลว่าคนอื่นคนหนึ่งต้องตกงาน กรณีนี้ผลลัพธ์ทางสังคมจะไม่เปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามสำหรับกิจกรรมเพื่อสังคมที่มีขนาดเล็กผลลัพธ์ทดแทนก็น่าจะมีขนาดเล็กมากจนไม่จำเป็นต้องนำมาคำนวณ

**Attribution** คือการระบุว่าคนอื่น หรือองค์กรอื่นมีส่วนแก้ปัญหาหรือมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์มากน้อยเพียงใด เพราะทุกๆปัญหาย่อมมีมากกว่าหนึ่งหน่วยงานที่ทำงานเพื่อแก้ไขปัญหา นั้นๆ เป็นกระบวนการเพื่อลดการกล่าวอ้างเกินความเป็นจริง

**Financial proxy** การแทนค่าทางการเงิน คือค่าประมาณเพื่อแทนมูลค่าทางการเงินของผลลัพธ์ทางสังคมในกรณีที่เราไม่ทราบค่าการเงินที่แน่นอน

**Theory of change** ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง หมายถึงการตอบคำถาม “กิจกรรมนี้มอบคุณค่าอะไรให้แก่สังคมบ้าง” คือ “ถ้าไม่มีกิจกรรมนี้อยู่ ผลลัพธ์ทางสังคมนี้จะไม่เกิดขึ้น” อย่างชัดเจนที่สุดและเป็นรูปธรรม ปกติจะสื่อสารเป็นประโยคในรูป “ถ้า...แล้ว...” เช่น “ถ้าประเทศไทยมีทีมหมอบตรูช่วยดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุ แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น” เป็นต้น

**Impact value chain** ห่วงโซ่ผลลัพธ์ คือการแจกแจงกิจกรรม และผลผลิต ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เราอยากได้แล้วเกิดขึ้นเป็นความจริง

## 2.5.2 ประโยชน์ของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม

สฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทรภกร แยมลลอ(13) ได้กล่าวว่าการประเมินและวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) นั้นมีประโยชน์คล้ายกับการวิเคราะห์ฐานะทางการเงินของบริษัททั่วไปตรงที่เราสามารถเชื่อมั่นเป็นเครื่องมือทบทวนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจการ

เพื่อสังคมเพื่อนำมาปรับปรุงกลยุทธ์ กระบวนการ หรือแม้แต่โมเดลธุรกิจของกิจการต่อไปในอนาคต ยกตัวอย่างเช่น ถ้าหากเราก่อตั้งกิจการเพื่อสังคมจากการลงทุนที่มุ่ง “ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการ” เป็นเป้าหมายหลัก แต่ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ปรากฏว่าเราบรรลุเป้าหมายนี้ได้้น้อยมากเมื่อเทียบกับการลงทุนที่เสียไป สมมุติว่าสร้างประโยชน์แก่ผู้พิการ กลุ่มเป้าหมายคิดเป็นมูลค่าทางการเงินได้เพียง 5 สตางค์ ต่อเงินลงทุนทุก 1 บาทเท่านั้นซึ่งน้อยกว่า โครงการช่วยเหลือของภาครัฐขององค์กรการกุศลอื่นๆ หรือถ้าหากเราพบว่าผู้พิการไม่ได้ประโยชน์ เท่ากับที่เราคิด หรือได้ประโยชน์ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการลงทุน เราก็จะได้ทบทวนโมเดลธุรกิจ กลยุทธ์ และกระบวนการดำเนินกิจการเสียใหม่

นอกจากจะประเมินผลการทำงานขององค์กร เรายังสามารถใช้อัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ในการสื่อสารผลงานต่อนักลงทุนและสาธารณะ เนื่องจาก “ตัวเลข” เป็นสิ่งที่คนเข้าใจง่าย จดจำง่าย นำไปเปรียบเทียบกับตัวเลขอื่นๆ ได้ เป็นภาษาทางการเงินซึ่งนักลงทุนมีความคุ้นเคย และนำไปประกอบการตัดสินใจในการลงทุนได้อย่างรวดเร็ว

โดยทั่วไปแล้วการวิเคราะห์ SROI เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีในโครงการที่เป็นงานเชิงสังคม เพราะจะทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์กับต้นทุนของโครงการ ซึ่งไม่ได้มีอยู่จริงในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเป็นการประเมินผลโครงการย้อนหลังเพื่อพิสูจน์ว่าโครงการมี SROI จริงตามที่ระบุไว้ในการนำเสนอขออนุมัติโครงการแต่แรกหรือไม่ นอกจากนี้ การที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่กิจการหรือโครงการดำเนินการและรู้ถึงวิธีการในการดำเนินการก็ยังไม่เพียงพออยู่ดี หากไม่สามารถตีค่าของผลงานหรือผลผลิต ตลอดจนผลลัพธ์ทั้งหลายออกมาเป็นผลตอบแทนทางสังคมของการลงทุนหรือ SROI หน่วยงานภาครัฐเจอกับความต้องการและปัญหาทางสังคมมากมาย จนต้องระบุให้ได้ว่าความต้องการและปัญหาเหล่านั้นมีประเด็นใดบ้าง และตัดสินใจในการดำเนินโครงการและแผนงานเพื่อให้บรรลุพันธกิจเชิงสังคมตามลำดับความสำคัญ เพื่อให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่จำกัด รวมทั้งกำหนดเครื่องวัดความสำเร็จของกิจกรรมต่าง ๆ และโครงการต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งวัดได้ยากกว่าโครงการที่มีผลตอบแทนทางการเงินและ/หรือผลตอบแทนทางเศรษฐกิจศาสตร์ ยิ่งกว่านั้นในหลายกิจการยังไม่สามารถหาวิธีที่น่าเชื่อถือที่สอดคล้องกันในการประมาณการต้นทุนของการดำเนินโครงการหรือดำเนินแผนงานตามพันธกิจ จึงยากในการกำหนดมูลค่าของความพยายาม ความทุ่มเทและการสูญเสียของทรัพยากรได้อย่างชัดเจนว่ามีความคุ้มค่าหรือเกิดประโยชน์อย่างพอเพียงหรือไม่ ด้วยเหตุที่การวัดมูลค่าของกิจกรรมที่ดำเนินงานมีความสำคัญและมีความยุ่งยากในกรณีที่หาราคาตลาดมาเทียบเคียงไม่ได้ แนวคิดของ SROI จึงเป็นหนึ่งในหลากหลายแนวคิดที่เพิ่มความจำเป็นและเป็นที่ต้องการของหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหาว่า จะรู้ได้อย่างไรว่ากิจกรรมและความพยายามที่กำลังจะพิจารณาดำเนินการหรือได้ดำเนินการไปแล้วมีความคุ้มค่าในรูปแบบของผลตอบแทนทางสังคม

กล่าวโดยสรุป เราสามารถใช้ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เป็นเครื่องมือในการวางแผนกลยุทธ์และปรับปรุงองค์กร ตลอดจนสื่อสารผลลัพธ์และดึงดูดนักลงทุน

ขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

กรอบการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมมีจุดเด่น คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระหว่างการวิเคราะห์ ซึ่งจะเข้ามาเกี่ยวข้องในหลายขั้นตอน เช่น การตัดสินใจเลือกตัวผลลัพธ์ (Outcomes) การสร้างแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) การเลือกตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxies) และสัดส่วนความเป็นเจ้าของของผลงาน (Attribution Proportion) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนี้จะช่วยเพิ่มการยอมรับในผลการวิเคราะห์นี้มากขึ้น เกิดการส่งเสริมการใช้ประโยชน์และแลกเปลี่ยนความเห็น ตลอดจนการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้น

โดยแนวคิดการวัดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนนั้น พัฒนามาจากแนวคิดเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม และการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนกับประโยชน์ (Cost-benefit Analysis) ทางเศรษฐศาสตร์ก่อนที่จะไปถึงวิธีวัดผล ซึ่งในการจะประยุกต์ใช้เทคนิคการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน เพื่อประเมินกิจกรรมหรือโครงการใดๆ มี 2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ ทฤษฎีของสฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทรพร แยมล่อ(13) และทฤษฎีของ The Forbes Funds(8) ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ทฤษฎีของสฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทรพร แยมล่อ ได้กล่าวว่าผู้ประเมินควรคำนึงถึงหลักการ 7 ประการ ดังต่อไปนี้

1) คำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและดึงให้เข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด “ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)” ในที่นี้หมายถึงบุคคลหรือองค์กรที่เกิด “การเปลี่ยนแปลง” บางประการจากการดำเนินงานของกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละกิจการ เช่น พนักงาน ลูกค้า คู่ค้า ผู้ถือหุ้น นักลงทุน ภาครัฐ สื่อ ชุมชน หรือบางกรณีอาจรวมถึงคู่แข่งด้วย

2) เข้าใจสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง การประเมินผลลัพธ์และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเป็นการวัดสิ่งที่ “เปลี่ยนแปลง” ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น “กิจการนี้ช่วยให้ผู้พิการมีงานทำ 200 ราย ใน พ.ศ. 2554” หรือ “กิจการนั้นช่วยลดขยะได้ 1,000 ตัน ระหว่างพ.ศ. 2553-2555” ดังนั้นผู้ประเมินจึงต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป

3) ใช้ “ค่าแทนทางการเงิน” ดีค่าผลสำคัญ ค่าแทนทางการเงิน (Financial Proxy) คือ ค่าประมาณเพื่อแทนมูลค่าทางการเงินของผลลัพธ์ทางสังคม ในกรณีที่เราไม่ทราบค่าการเงินที่แน่นอนและเพื่อให้โอกาสกับบุคคลหรือองค์กรที่ไม่ได้อยู่ในระบบตลาด แต่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการ ยกตัวอย่างเช่น การนำราคาคาร์บอนที่ซื้อขายกันในตลาดคาร์บอนเครดิตมาใช้เป็น “ค่าแทน” ของต้นทุนก๊าซเรือนกระจก ยิ่งกิจการของเราลดก๊าซเรือนกระจกได้เท่าไรเรายังสร้างมูลค่าทางสังคมได้มากเท่านั้น (นำราคาคาร์บอนมาคูณกับปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลดได้) โดยประเด็นที่



พึงระวังของการใช้ค่าแทนทางการเงินคือ เราต้องมั่นใจได้ว่าจะสามารถ “แทน” ผลลัพธ์ทางสังคมที่เราต้องการวัดได้จริงๆ ไม่ใช่ไกลเกินเลยหรือไม่เกี่ยวข้องกัน และต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ด้วย

4) รวมเฉพาะสิ่งที่เป็น “สาระสำคัญ” ถ้าเราอยากให้ผลการประเมินนำไปใช้ได้จริง เราก็ต้องคัดสรรแต่เฉพาะผลลัพธ์ทางสังคมที่สำคัญ จะได้เน้นการจัดการไปยังประเด็นที่มีความสำคัญจริงๆ การตัดสินใจว่าผลลัพธ์อะไรบ้างสำคัญนั้นต้องอาศัยการอ้างอิงพันธกิจขององค์กร (กระบวนการภายใน) และการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฝ่ายต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เราอยากสร้างประโยชน์ให้ โดยอาจเลือกประเมินผลลัพธ์ไม่เกิน 5 รายการที่สำคัญที่สุดเท่านั้น หรือประเมินเฉพาะผลลัพธ์ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกินครึ่งหนึ่ง (จากการสุ่มสัมภาษณ์หรือสำรวจ) ยืนยันว่าเป็นประโยชน์ที่พวกเขาได้รับจากกิจการ

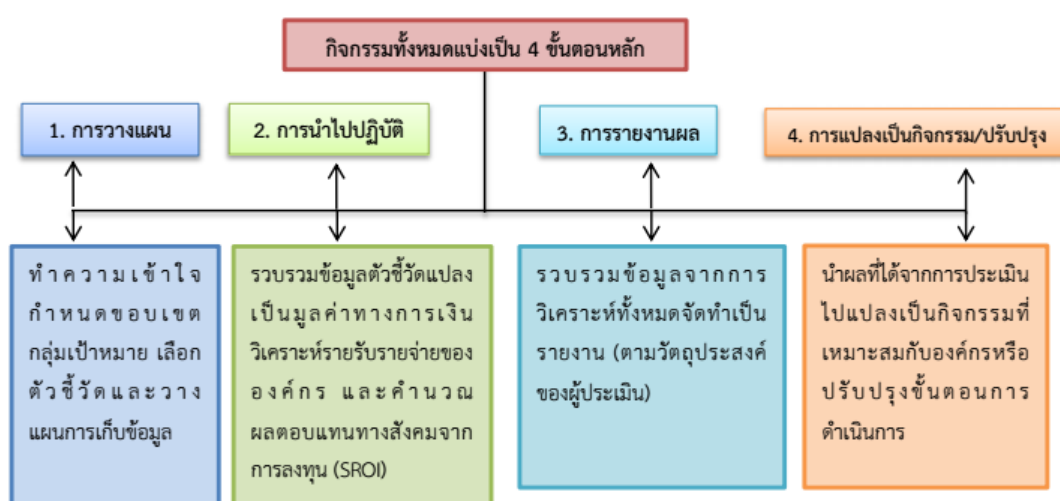
5) หลีกเลี่ยงการกล่าวอ้างเกินจริง เนื่องจากกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ เพื่อสังคมอาจมีเป้าหมายที่น่าชื่นชม แต่ผู้ประเมินต้องยอมรับว่ากิจกรรมนั้นๆ ไม่ใช่กิจกรรมเพียงหนึ่งเดียวที่พยายามแก้ปัญหาสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ยกเว้นว่าเป็นการประเมินการทำงานในประเด็นที่ยังไม่เคยมีผู้ศึกษาเลยซึ่งเป็นไปได้ยากมาก เพราะทุกปัญหาล้วนมีหน่วยงานภาครัฐ องค์กรการกุศล มูลนิธิ และองค์กรอื่นๆ ที่พยายามแก้ไข

6) เน้นความโปร่งใสทุกขั้นตอน ในเมื่อผลลัพธ์ทางสังคมมักเป็นคุณค่าเชิงนามธรรมที่วัดยาก หลากหลายและแต่ละคนก็มีมุมมองที่แตกต่างกัน การประเมินทุกขั้นตอนอย่างโปร่งใสที่สุดเท่าที่จะทำได้จึงเป็นหลักการพื้นฐานที่จำเป็น ภายใต้หลักการข้อนี้เราควรจัดทำเอกสารประกอบการตัดสินใจทุกครั้งโดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บันทึกผลลัพธ์ ตัวชี้วัดและมาตรฐานที่ใช้ รวมถึงแจกแจงแหล่งที่มา วิธีเก็บข้อมูล และวิธีพิจารณาทางเลือกต่างๆ ในการประเมิน เมื่อการประเมินเสร็จสิ้นแล้วก็ควรสื่อสารผลการประเมินให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบและแสดงข้อคิดเห็นตลอดจนเสนอคำอธิบายว่าองค์กรของเราจะนำผลการประเมินไปปรับปรุงการดำเนินงานอย่างไรในอนาคต

7) พร้อมรับการตรวจสอบ ถึงแม้การวิเคราะห์ SROI จะมีความเป็น “วิทยาศาสตร์” ในระดับหนึ่ง และช่วยสร้างความเข้าใจต่อคุณค่าที่เกิดจากการดำเนินงานได้มากขึ้น แต่การมีทัศนคติส่วนตัวก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ บางคนอาจมองว่าเราประเมิน SROI ออกมาสูงเกินจริง บางคนมองว่าต่ำเกินไปบางคนอาจตั้งคำถามกับวิธีเก็บข้อมูลของเราหรือความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่เราใช้เป็นค่าแทน ฯลฯ ด้วยเหตุนี้เราจึงควรพร้อมรับการตรวจสอบผลการประเมิน SROI จากบุคคลภายนอกด้วยความยินดี ถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกเป็นผู้ประเมินหรือเขียนความเห็น ไม่ต่างจากรายงานของผู้สอบบัญชีในองค์กรธุรกิจแสวงกำไรสูงสุด การแสดงความพร้อมที่

จะรับการตรวจสอบและการแสดงความเห็นของผู้ประเมินอิสระ จะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถตัดสินใจได้ว่า การประเมินของเราทำอย่างไรตรงไปตรงมาและสมเหตุสมผลหรือไม่

กิจกรรมทั้งหมดในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนแบบครบวงจร สามารถพิจารณาผลตอบแทนให้ครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การพิจารณาความคุ้มค่าจากการลงทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมใดๆ เป็นไปอย่างยั่งยืน โดยในการประเมินสามารถแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนแบบครบวงจร  
ที่มา : สฤณี อาชวานันทกุล และ ภัทรพร แยมลออ (13)

ตามทฤษฎีของ The Forbes Funds ที่ได้ตีพิมพ์บทความเรื่อง Social Return on Investment Case Analysis : Community Human Services In-Home Services/Homemaker Program(8) เมื่อ ปี ค.ศ.2008 ได้เรียบเรียงขั้นตอนในการประเมิน SROI ไว้ดังนี้

1) Define boundaries หมายถึง การกำหนดขอบเขตของกิจกรรม/โครงการ เลือกผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับนำมาคำนวณ SROI

2) Data collection หมายถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจเป็นการเก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การค้นคว้า การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดและครอบคลุมที่สุด ในขั้นตอนนี้มักดำเนินการอย่างน้อย 2 รูปแบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด

3) Stakeholder analysis หมายถึงกระบวนการการค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการให้ครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งเป็นทั้งผู้รับผลกระทบโดยตรง และผู้รับผลกระทบทางอ้อม

4) Impact map หมายถึงกระบวนการระบุผลลัพธ์ และผลกระทบให้สำหรับแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครอบคลุม และครบถ้วน ผู้วิจัยต้องสามารถระบุได้ว่าผลจากโครงการนั้นๆ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไรต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม

5) Analysis หมายถึงกระบวนการแทนค่าผลลัพธ์ด้วยค่าเงิน (Financial proxy) เพื่อให้สามารถนำเสนอผลออกมาอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุด

6) Results and sensitivity analysis หมายถึงกระบวนการทบทวนความโปร่งใสของผลลัพธ์ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีการรายงานเฉพาะผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการที่เราสนใจศึกษาเท่านั้น (Attribution) ลดความลำเอียงในการรายงานผล

สำหรับการรวบรวมข้อมูลวัตถุดิบและปัจจัยนำเข้าที่สามารถแปลงเป็นตัวเงินทั้งหมด (อาจใช้หน่วยเป็นต่อปี เพื่อตอบสนองแทนระยะยาว) เมื่อได้มูลค่าทางการเงินของแต่ละตัวชี้วัด จากแต่ละกิจกรรมแล้วสามารถเอาตัวเลขนั้นมาคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ได้โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{อัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)} = \frac{\text{มูลค่าปัจจุบันทั้งหมด}}{\text{มูลค่าการลงทุนที่ใช้ไป}}$$

## 2.6 แนวคิดการประเมินความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness-To-Pay: WTP)

การศึกษาครั้งนี้ใช้ด้วยวิธีการประเมินค่าโดยการสัมภาษณ์ประชาชนโดยตรง (Contingent Valuation Method: CVM)(12) มีรายละเอียดดังนี้

### 2.6.1 คำนิยาม

ความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to pay : WTP) หมายถึง ความยินดีหรือความเต็มใจของผู้บริโภคที่พร้อมจะจ่ายค่าสินค้าหรือบริการชนิดใดชนิดหนึ่ง ทั้งนี้ราคาของผู้บริโภคยินดีจะจ่ายขึ้นอยู่กับการประเมินมูลค่าของสินค้าและบริการนั้นๆ(30)

### 2.6.2 วิธีการประเมินมูลค่าของความเต็มใจที่จะจ่าย

เทคนิคเศรษฐกิจมิติที่ใช้ในการคำนวณ WTP สามารถทำได้ 2 วิธีใหญ่ๆคือ (31)

1) วิธีการทางตรง (Direct method) ซึ่งเป็นการสอบถามความเต็มใจที่จะจ่าย ได้แก่วิธี Contingent Valuation Method (CVM) และวิธี Stated Preference Method

2) วิธีการทางอ้อม (Indirect method) เป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้ตอบแล้วนำมาคำนวณเป็นความยินดีที่จะจ่าย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้หลักการ CVM ซึ่งเป็นวิธีการสมมุติเหตุการณ์ขึ้นให้ผู้บริโภคประเมินค่า เป็นวิธีประเมินค่าภายใต้ตลาดสมมุติ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ประเมินมูลค่าสินค้าที่ไม่ผ่านตลาด (Non-marketable goods) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ต้องการประเมินค่าความเต็มใจจ่ายต่อการบริการด้านสาธารณสุขโดยทีมหมอครอบครัว ของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลัก มูลค่าที่ได้จะถูกจัดเป็นผลตอบแทนต่อสังคมจากการให้บริการของทีมหมอครอบครัว และจะถูกนำมาประเมินเป็นค่า SROI ต่อไป

### 2.6.3 รูปแบบของการสอบถามความเต็มใจที่จะจ่ายของ CVM

การสำรวจและสอบถามความเต็มใจที่จะจ่ายในสินค้าและบริการเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของ CVM คือ รูปแบบที่จะสอบถามความเต็มใจที่จะจ่ายซึ่งมีหลายรูปแบบดังนี้

1) Open-ended วิธีนี้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะระบุจำนวนเงินสูงสุดที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ยินดีที่จะจ่าย การใช้วิธีนี้มีจุดอ่อนคือ ถ้าหากเป็นสินค้าและบริการที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่คุ้นเคย ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ก็จะไม่สามารถระบุจำนวนเงินที่ตนเองต้องการที่จะจ่ายจริงๆได้ มีโอกาสที่จะระบุจำนวนเงินความเต็มใจที่จะจ่ายไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ทั้งนี้เพื่อให้การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงโดยเร็ว และผู้ตอบแบบสอบถามต้องใช้เวลาในการคิดนาน มีโอกาสที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะปฏิเสธการตอบ ตอบเป็นศูนย์ หรือตอบต่ำกว่าความเป็นจริง หรือผู้ตอบแบบสอบถามมีการคาดเดาว่าคำตอบที่ตอบไปอาจมีผลกระทบถึงตนเองในอนาคต ผู้ตอบแบบสอบถามอาจให้คำตอบที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าความเป็นจริงได้ ซึ่งส่งผลให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายและมีความแปรปรวนของ Mean of Willingness to Pay สูง(32)

2) Payment card วิธีนี้จะเขียนจำนวนเงินของความเต็มใจที่จะจ่ายบนแผ่นการ์ดหลายๆ แผ่น และให้ผู้ตอบสัมภาษณ์เลือก ณ จำนวนเงินเท่าใดจากการ์ดแผ่นใดที่ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินดีที่จะจ่าย ข้อดีของวิธีนี้คือผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ต้องพูดออกมาดังๆ คนอื่นไม่สามารถที่จะทราบที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ยินดีที่จะจ่าย ณ จำนวนเงินเท่าใด ส่วนข้อเสียคือ ราคาที่ระบุไว้ในการ์ดอาจไม่ตรงกับความต้องการที่จะจ่ายจริงของผู้ตอบ

3) Bidding game คือ การถามซ้ำในลักษณะเดียวกันกับการต่อรองในตลาดสินค้า เนื่องจากจำนวนเงินของความเต็มใจที่จะจ่ายอาจจะไม่ใช่ “ราคาคุณภาพ” หรือราคาสูงสุดที่ผู้บริโภคยินดีที่จะจ่าย ซึ่งอาจจะเพิ่มขึ้นได้อีกหรือลดลงได้อีก ดังนั้น Bidding game จะต้องทำการถามซ้ำจนแน่ใจว่าถึงระดับที่ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินดีที่จะจ่ายอย่างแท้จริง

4) Contingent ranking เป็นวิธีการที่เริ่มต้นจากสถานการณ์สมมุติ แล้วให้ผู้ตอบสัมภาษณ์เรียงลำดับความเต็มใจที่จะจ่ายในสินค้าหรือบริการนั้นๆ ในแต่ละทางเลือก จะเรียงลำดับความเต็มใจจะจ่ายจากมากไปน้อย หรือจากน้อยไปมากก็ได้

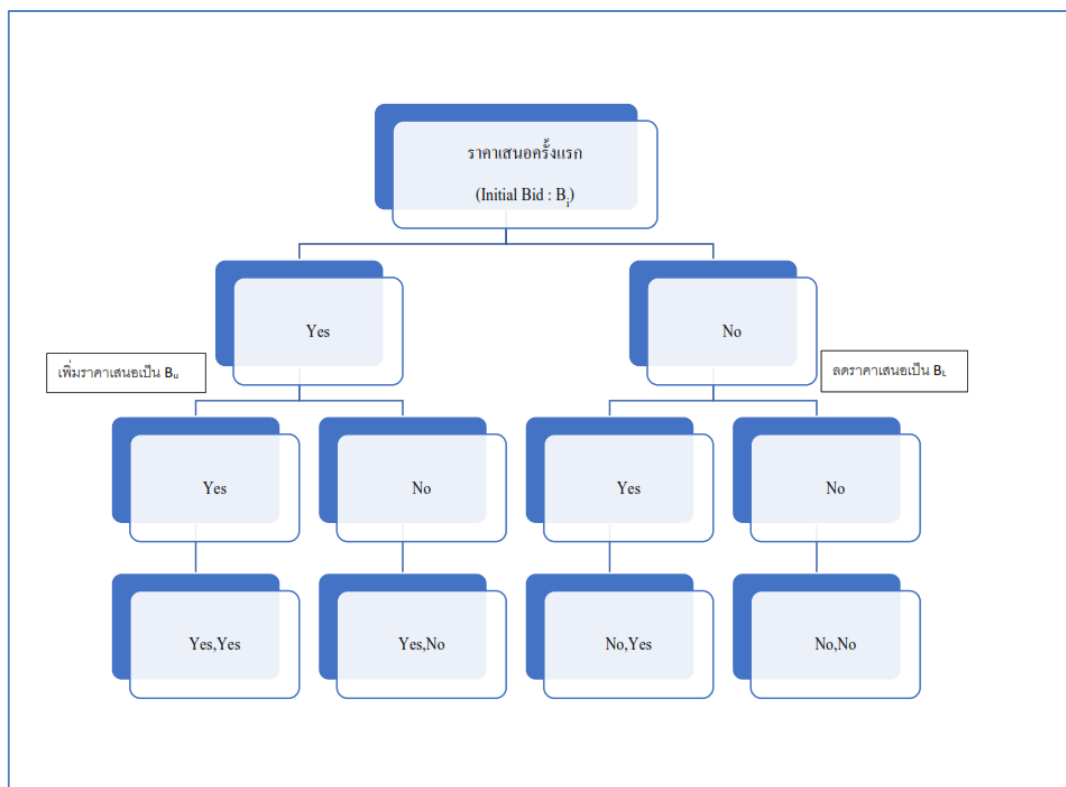
5) Closed-ended การที่จะให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ระบุจำนวนเงินความเต็มใจที่จะจ่าย ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อาจไม่แน่ใจ หรือไม่ทราบว่าความเต็มใจที่จะจ่ายของตนเองนั้นเป็นเท่าไร วิธีการของ closed-ended นั้นจำนวนเงินของความเต็มใจที่จะจ่ายในสินค้าและบริการจะระบุในแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้ตอบแบบสอบถามเพียงแต่ตอบคำถามว่า ณ จำนวนเงินเท่านี้ ท่านยินดีจ่ายหรือไม่จ่าย วิธีการทางเทคนิคในคำถามปลายปิดที่นิยมใช้กันมากคือ วิธี Double Bounded Closed-ended หรือการตั้งคำถามแบบปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา

#### 2.6.4 การตั้งคำถามแบบปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา

เรณู สุขารมณ์ (31) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา เรียกว่าวิธี Double Bounded Closed-Ended โดยเป็นการตั้งคำถามปลายปิดว่า ผู้ตอบยินดีจะจ่ายเงินเป็นจำนวน Bi บาท หรือไม่สำหรับสินค้าหรือบริการสาธารณะนั้น ถ้าผู้ตอบตอบ “ใช่” ก็ให้เพิ่มราคาเสนอขึ้นเป็นสองเท่าของราคาเสนอครั้งแรก (Bu) แล้วให้เลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” อีกครั้งหนึ่ง ในทางกลับกัน หากผู้ตอบตอบ “ไม่ใช่” ตั้งแต่การเสนอราคาครั้งแรก ก็ให้ลดราคาเสนอลงครึ่งหนึ่งของราคาเสนอครั้งแรก (BL) แล้วให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” (ดูภาพประกอบที่ 5)

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมาณค่าเพื่อหารูปแบบของฟังก์ชันความน่าจะเป็นสะสม (Cumulative Distribution Function : CDF) แล้วนำไปหาค่าเฉลี่ยของความยินดีจะจ่าย และค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของค่าความยินดีจะจ่าย





ภาพที่ 5 แสดงผลที่เป็นไปได้จากการตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา  
(ที่มา : เรณู สุขารมณ.วิธีการสมมุติเหตุการณ์ให้ประเมินค่าสินค้าที่ไม่ผ่านตลาด (31))

สำหรับการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลความเต็มใจจะจ่ายด้วย 2 วิธี ได้แก่

1) การตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา กำหนดราคาเสนอครั้งแรก B<sub>i</sub> เท่ากับ 300 บาท เนื่องจากเป็นอัตราค่าเยี่ยมบ้านต่อครั้ง ที่กำหนดในอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข (33)

2) Payment card โดยผู้วิจัยออกแบบราคาบนแผ่นการ์ดจากขั้นตอนการสำรวจข้อมูลด้วยวิธีตั้งคำถามปลายเปิด ในกลุ่มตัวอย่าง 21 ราย นำราคาที่ได้มาจัดลำดับตามความถี่ที่มากที่สุด และนำราคาที่มีความถี่สูง 5 อันดับแรกมาใช้เป็นราคาบนการ์ดที่ใช้ในขั้นตอนการศึกษาจริง

การ์ดแผ่นที่ 1 ราคา 100 บาท

การ์ดแผ่นที่ 2 ราคา 200 บาท

การ์ดแผ่นที่ 3 ราคา 300 บาท

การ์ดแผ่นที่ 4 ราคา 400 บาท

การ์ดแผ่นที่ 5 ราคา 500 บาท

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น” ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการได้ศึกษาค้นคว้าผลงานที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียงกับการศึกษาเพื่อมาสนับสนุนและเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

KAISER FAMILY FOUNDATION ซึ่งเป็นหน่วยงานเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการเผยแพร่รายงานชื่อ Medicaid and Long-Term Services and Supports (34)ว่าการดูแลระยะยาวหมายถึงการสนับสนุนทั้งด้านการแพทย์ และในมิติอื่นๆ ที่มีความจำเป็น แก่บุคคลที่ความสามารถในการดูแลตนเองถูกจำกัด เช่นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ เป็นต้นซึ่งการมีหรือแผนการดูแล (care planning) ที่ดี ตลอดจนการเชื่อมประสานระหว่างผู้เกี่ยวข้องที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อคุณภาพของระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งในสหรัฐอเมริกาเองได้มีโครงการ Long-term services and supports (LTSS) ที่เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อยในประเทศ ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์สำหรับกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีความต้องการการดูแลระยะยาว รายงานฉบับนี้ยังได้กล่าวถึงปัญหาของระบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในทศวรรษที่จะถึง อันมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความต้องการบริการทางการแพทย์สูงอยู่แล้ว โดยข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของสหรัฐอเมริกาคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2032 จะมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นสองเท่าตัว และ ต้องการการดูแลผ่านระบบ LTSS มากกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนประชากรในกลุ่มวัยนี้ ข้อมูลปี ค.ศ.2015 พบว่าค่ามัธยฐานด้านการพยาบาลในระบบ LTSS สูงถึง 91,250 ดอลลาร์ต่อปีซึ่งเป็นมูลค่าสูงเกินกว่าที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลจะสามารถจ่ายได้

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549) มหาวิทยาลัยมหิดลประชากรไทยในอนาคต พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ คือในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรสูงอายุอยู่ 6 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 10) แต่เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน (ร้อยละ 25) เท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราว ๆ 30 ปีเท่านั้น ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา (Old-age dependency ratio) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 20.9 ในปี พ.ศ.2558 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 41.4 ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งหมายความว่าประเทศต้องแบกรับภาระมากขึ้นทั้งในส่วนของภาระทางสาธารณสุข และการช่วยเหลือทางสังคมอื่นๆ ที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต่อจำนวนผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน เพิ่มมากขึ้นนั่นเอง

จากการศึกษาภาระโรค (Burden of disease) ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 (35) พบว่าประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยที่ประมาณ 71 และ 78 ปี ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเมื่อประมาณ 70 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีค่าเพียงประมาณ 40 ปี เท่านั้น และจากรายงานพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นจะมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (16) ได้ทำการวิจัยเรื่องระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน การนำเสนอระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต โดยใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่อง และข้อมูลจากงานวิจัยภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้ง 4 เรื่องมาจากผู้สูงอายุจำนวน 316 ราย สมาชิกในชุมชน 516 ราย สมาชิกในครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็นผู้ดูแลหลัก 1,581 ราย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว 1,600 ราย และผู้นำชุมชนจำนวน 640 ราย จาก 16 จังหวัด 32 หมู่บ้าน ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษามีดังนี้

แต่ละครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ดูแลหลัก เครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการสังเคราะห์แบบให้เปล่า นอกจากนี้การวิจัยได้พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งทุกกลุ่มที่มีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของสถาบันและองค์กรระดับต่างๆ ให้ชัดเจน มีระบบการสร้างความมั่นคงทางรายได้ ระบบบริการที่เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบันที่ขยายครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการ และการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรจัดแบ่งนโยบายสวัสดิการตามช่วงวัยและตามความเสี่ยงต่อปัญหา เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัว และมีนโยบายด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่หน่วยงานระดับท้องถิ่นทุกระดับ ส่วนข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ ควรมีบริการดูแลในครอบครัวมีการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ จัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน



การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแล และควรมีวิจัยที่ศึกษาทดลองการจัดบริการสูครอบครัวและชุมชนในลักษณะบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม

จากแนวคิดดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ในพื้นที่เนื่องจากการมีระบบที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบริการ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และลดต้นทุนการให้บริการด้านสาธารณสุขในสถานพยาบาลได้

อุทัย สุตสุข(36) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา ลักษณะและขอบเขตความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Multi stage sampling จากจังหวัดแม่ฮ่องสอน สุพรรณบุรี สกลนคร สุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 2 ชุมชน รวมเป็น 10 ชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุตัวอย่างจำนวน 1,000 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามประเด็นคำถามที่กำหนดไว้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน ชุมชนละ 10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนละ 10 คน รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.1) อยู่ในระดับปานกลางและ ร้อยละ 2.3 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 57.1 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และร้อยละ 2.4 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตระดับสูงร้อยละ 40.5 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือแก้ไขมากที่สุดคือ เรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 68.1) โดยโรคที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 56.4, 26.2, 23.8, 23.3 และ 15.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางและระดับต่ำ (ร้อยละ 84.3, 65.9 และ 13.1, 15.6 ตามลำดับ) มีปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 40.4 โดยไม่ได้ทำงานร้อยละ 56.8 ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอและเป็นหนี้ร้อยละ 24.7จึงต้องการให้เพิ่มเบี้ยยังชีพเป็น 1,000 บาท/เดือน และจัดสวัสดิการเพิ่มสำหรับผู้ที่มีความพิการร่วมด้วย

จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดย Multivariate regression analysis พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุโดยรวม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือภาวะสุขภาพจิต จำนวนอาการผิดปกติที่พบ การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการ การรับรู้ปัญหา และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนคือ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ได้แก่ การรับรู้ปัญหา และความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้สนับสนุนในการกำหนดนโยบาย และบทบาทหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานผู้สูงอายุโดยตรงและที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการจัดการทรัพยากรทางสาธารณสุขและทางสังคม ตลอดจนพัฒนารูปแบบการบริการให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อย่างเป็นรูปธรรมและครบวงจร โดยอาศัยการบูรณาการงานตามนโยบาย แผนงาน และโครงการผู้สูงอายุทุกภาคส่วนงานของภาครัฐ และความร่วมมือของภาคเอกชน โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มพลังความเข้มแข็งของผู้สูงอายุและชุมชนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและกลุ่มเสี่ยงจะมีความสำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนต่อไป

Margaret MacAdam (37) ได้ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของประเทศต่างๆในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว Margaret ได้พบว่ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีความพยายามในการบูรณาการการรักษาแบบต่อเนื่องในชุมชนเข้ากับระบบการดูแลด้านสาธารณสุขแบบสถาบัน เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพ และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ การดูแลแบบผสมผสานนี้มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค มีความต้องการการใช้บริการระบบสุขภาพมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จากโครงการที่ดำเนินการ

MacAdam พบว่าโครงการ PACE ของสหรัฐอเมริกาเป็นโครงการการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อลดการเข้าใช้บริการโรงพยาบาล มีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย เช่น การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ และการให้บริการดูแลในช่วงกลางวัน (day care) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้เห็นได้ว่า โครงการดังกล่าวสามารถลดอัตราการเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาลได้มากขึ้น โดยให้บริการในลักษณะบริการเคลื่อนที่มากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และช่วยให้มีการพัฒนาสถานะสุขภาพและคุณภาพบริการได้มากขึ้นด้วย

เช่นเดียวกับโครงการ SIPA ของแคนาดา เป็นระบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อลดการใช้บริการ และลดต้นทุนบริการในสถาบัน ซึ่งหมายรวมถึงการเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาล การเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การให้บริการดูแลตามบ้านอย่างใกล้ชิด การมีทีมรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง และทีมหน่วยเคลื่อนที่ในภาวะฉุกเฉิน จากการดำเนินการได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ และโครงการนี้ผู้ใช้บริการไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกด้วย และสุดท้ายคือโครงการ Hospital Admission Risk Program ของออสเตรเลีย เป็นการให้การดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อน เพื่อลดอุปสงค์ของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนการใช้บริการในโรงพยาบาล มีวิธีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ เช่น การประเมินความร่วมมือ การให้การดูแลหรือการจัดการรายกรณี การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม รวมถึงการศึกษาด้วยตนเองอีกด้วย ผลที่ได้จากการดำเนินการพบว่า การเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉินลดลงร้อยละ 20. การเข้าใช้บริการโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 27.9 เป็นต้น

พบการศึกษาของ Susan L. Hughes และคณะ(6) ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยรูปแบบการบริการปฐมภูมิที่บ้าน (Home-based Primary care) ของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ randomize multicenter trial การศึกษานี้ดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ.1994 ถึง ค.ศ. 1998 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 70 ปี โดยกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลแบบบูรณาการจากทีมสหวิชาชีพที่บ้านที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดการรายกรณี (case management) และกระบวนการ discharge planning จากทีมสหวิชาชีพในกรณีที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ผลลัพธ์หลักที่สนใจได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (คะแนน ADL), คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล, คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล, ภาวะ Caregiver burden, จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการในระยะเวลา 12 เดือน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาวะ caregiver burden และอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้พบว่ามีการลงทุนในกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม (สูงกว่าร้อยละ 6.8 ณ เดือนที่ 6 และสูงกว่าร้อยละ 12.1 ณ เดือนที่ 12) และไม่พบว่าเกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จากการลงทุน

อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามในการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยแบบ home-based เช่น การศึกษาของ Dael D. Maeng และคณะ (38) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการลดต้นทุนในระบบสาธารณสุข ในการใช้ระบบ Patient-Centered Medical Home (PCMH) ; Proven Health Navigator (PHN) model ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลแบบปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นกระบวนการป้องกันโรคทั้งแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิ (primary and secondary prevention) การดูแลแบบบูรณาการ และการจัดการรายกรณี จัดบริการที่เข้าถึงง่ายทุกที่ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถลดต้นทุนในระบบสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือลดต้นทุนได้ถึงร้อยละ 7.1 (95% Confident interval)

การศึกษาของ Laura Di Pollina และคณะ(32) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง และอยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น, ลดอัตราการมาที่ห้องฉุกเฉิน, ลดการดูแลจากสถาบัน และลดอัตราการตายของผู้สูงอายุ ทำการศึกษาและประเมินผลเป็นระยะเวลา 3 ปี ผลของการใช้โปรแกรมพบว่าสามารถลดการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจำนวนครั้งของการมานอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มจะไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนของการเสียชีวิตที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.006$  และ  $p=0.04$  ตามลำดับ) ผู้วิจัยได้สรุปว่าการบูรณาการการดูแลด้านสาธารณสุขที่บ้าน และชุมชน แก่ผู้สูงอายุที่เปราะบาง โดยทีมสหวิชาชีพนั้น มีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาล การมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถเอื้อให้เกิดกระบวนการเสียชีวิตตามธรรมชาติที่บ้านได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของ Marijke Boorsma และคณะ (39) ทำการศึกษาที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยโปรแกรมการบูรณาการการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยสนใจคือคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้เป็นคะแนน มีกระบวนการดูแลที่สำคัญคือรูปแบบการจัดการรายโรค (Disease management model) พบว่าโปรแกรมการดูแลทำให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.009$ ) ซึ่งมิติที่ได้คะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้แก่ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมบุคลากรทางการแพทย์, การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค, การดูแลภาวะจิตเภทและภาวะหลงผิด และการดูแลด้านบรรเทาปวด (pain agents)

จากข้อมูลการศึกษาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมา ข้อมูลบ่งชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพควรเป็นการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดบริการแบบ Home-based หรือ Community-based เนื่องจากสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนได้ และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย ส่วนการศึกษาในมิติการประเมินผลลัพธ์ในเชิงเศรษฐศาสตร์นั้นมีข้อมูลดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงติดอันดับต้นๆ ของโลก ปี ค.ศ.2014 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)(15) ได้แสดงข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศสมาชิก 34 ประเทศ ผลปรากฏว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงที่สุด ในขณะที่แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพกลับสวนทาง กล่าวคือ ประชากรของสหรัฐมีอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่อันดับที่ 21 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้นักเศรษฐศาสตร์ และนักการเมืองอเมริกันหันมาให้ความสนใจกับการวัดผลตอบแทนจากการลงทุนด้านสาธารณสุขของประเทศ Timothy T. Brown (10) ได้ทำการศึกษาความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ของโครงการสาธารณสุขทุกโครงการของภาครัฐ มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ทฤษฎี SROI ในการประเมิน เนื่องจาก SROI เป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมสำหรับการประเมินโครงการที่ไม่แสวงหาผลกำไรมากที่สุด เพราะมีการประเมินทุกมิติที่เกี่ยวข้องได้แก่ สุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐศาสตร์ และยังสามารถนำผลลัพธ์เหล่านั้นมาแสดงในรูปของค่าเงินได้อีกด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นถึงการค้นคว้าข้อมูลที่สำคัญสำหรับกระบวนการประเมินด้วย SROI ได้แก่ 1) ข้อมูลผลลัพธ์ทั้งหมดของการดำเนินงาน 2) ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ไป 3) มูลค่าของค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์เมื่อเวลาผ่านไป และ 4) การเปลี่ยนผลลัพธ์เป็นค่าเงิน โดยผู้วิจัยได้พยายามแทนค่าเงินสำหรับชีวิตมนุษย์ด้วยค่าจ้างจากอาชีพตลอดระยะเวลาที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และประกอบอาชีพได้ โดยอยู่บนพื้นฐานที่ว่าเมื่อสุขภาวะของบุคคลดีขึ้น สุขภาวะของระบบโดยรวมย่อมดีขึ้นตามไปด้วย โครงการที่ Timothy T. Brown ประเมินพบว่ามีค่า SROI ตั้งแต่ 67.07 ถึง 88.21 เหรียญสหรัฐ ซึ่ง Timothy T. Brown ได้สรุปว่าผลลัพธ์จากการลงทุนในระบบสาธารณสุขนั้นไม่สามารถประเมินผลในระยะเวลาสั้นๆได้ เนื่องจากปรากฏการณ์การเลื่อนไหลของระบบสุขภาพ กล่าวคือการลงทุนที่ให้ไปนั้น นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ยังส่งผลลดอัตราการตาย ลดความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลได้ในระยะยาวอีกด้วย

การศึกษาของ Eric Jutkowitz และคณะ(40) เรื่อง Cost Effectiveness of a Home-Based Intervention That Helps Functionally Vulnerable Older Adults Age in Place at Home ประเทศสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่มีชื่อว่า Advancing Better Living for Elder (ABLE) ซึ่งค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้คือ Incremental cost-effectiveness ratio

(ICER) พบว่าโปรแกรม ABLE สามารถลดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลงได้ ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต สามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้น ลดภาวะพึ่งพิงลงได้ และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p=0.02$ ) และโปรแกรมให้ค่า ICER เท่ากับ 13,179 เหรียญสหรัฐ ซึ่งน้อยกว่าค่า ICER ของกรณีปกติ (usual care) สรุปว่าโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่คุ้มค่า และสังคมยินดีจ่ายเงินซื้อ (Willingness to pay) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยที่บ้าน

ในปี ค.ศ.2015 ได้มีงานตีพิมพ์ของ Banke-Thomas และคณะ (41)ซึ่งได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าของเงินลงทุนที่ใช้ไปในกิจการต่างๆในภาคสาธารณสุขระดับชาติ ในประเทศต่างๆโดยจากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีจำนวนการศึกษาวิจัยทั้งหมด 40 เรื่อง โดย 33 เรื่องมาจากประเทศร่ำรวย และอีก 7 เรื่อง มาจากประเทศรายได้ต่ำ ทั้งนี้เนื่องมาจากหลายๆประเทศประสบกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร และงบประมาณ Banke-Thomas ได้พบว่ามีหลายวิธีในการประเมินความคุ้มค่าได้แก่ cost-effectiveness, cost-utility, SROI และ cost-benefit analyses แต่ได้สรุปว่า SROI เหมาะกับการนำไปใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินที่ให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เพื่อรวบรวมผลลัพธ์ที่เป็นนามธรรม (ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม) และเปลี่ยนเป็นค่าเงินเพื่อให้สามารถสื่อสารได้อย่างเป็นรูปธรรม และเข้าใจง่าย

Robecca Masters และคณะ(42)ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษา SROI จากโครงการด้านสาธารณสุข ของประเทศต่างๆในกลุ่มรายได้สูง (High-income countries) เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการของบประมาณเพื่อกิจการต่างๆของโครงการด้านสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าโครงการเกี่ยวกับการป้องกันโรคให้ผลตอบแทนต่อสังคมสูงสุด คือให้ค่า SROI ตั้งแต่ 1.1 ถึง 221 เหรียญสหรัฐ เช่นโครงการควบคุมการปนเปื้อนของตะกั่วในสีทาบ้านของสหรัฐอเมริกา ให้ SROI สูงถึง 221 เหรียญสหรัฐ หรือโครงการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มรสหวานของสหรัฐอเมริกา ให้ SROI สูงถึง 55 เหรียญสหรัฐ เป็นต้น โดย Robecca ได้สรุปว่าโครงการด้านสาธารณสุขนั้นถึงแม้จะไม่สามารถใช้เป็นนโยบายหาเสียงของนักการเมืองได้ แต่ก็ถือเป็นโครงการที่มีประโยชน์ควรแก่การลงทุนเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ยังพบว่ามีกรณีประเมิน SROI จากการให้การดูแลแบบบูรณาการด้วยทีมสหวิชาชีพ โดย Rich และคณะ(43) ได้ทำการศึกษาผลของ intervention ของทีมสหวิชาชีพ ในการลดการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วันหลังออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 28.5 Relative risk = 0.56 ( $p$  value = 0.02) ซึ่งถึงแม้จะไม่มี ความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อวัดผลลัพธ์อื่นๆร่วมด้วย เช่น การนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิต แล้วนำมาคำนวณค่า SROI พบว่ากิจกรรมดังกล่าวให้ค่า SROI เป็น

### 2.13 เหยี่ยุสรัฐ ซึ่งมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนนั่นเอง

สำหรับประเทศไทยได้มีการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกัน โดยปี พ.ศ. 2557 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) (44) ได้ประเมินโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และโครงการการพัฒนาการจัดปรับอาคารสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งงบประมาณการลงทุนสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมด 21.15 ล้านบาท ผลประโยชน์ปีแรกสำหรับโครงการด้านผู้สูงอายุเท่ากับ 13.64 ล้านบาท และค่อยๆลดลง ตามความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มที่เห็นว่าผลประโยชน์มีการลดลงประมาณร้อยละ 10 ต่อปี เมื่อรวมผลประโยชน์ทั้ง 5 ปี คิดเป็นมูลค่าปี 2553 เท่ากับ 62.36 ล้านบาท ด้วยการใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3 ต่อปี และทำให้ได้ SROI เท่ากับ 2.95 บาท ซึ่งหมายถึง การลงทุนด้านผู้สูงอายุจาก สสส. ในแต่ละบาทได้ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 2.95 บาท โดยผลประโยชน์ส่วนใหญ่ของการลงทุนตกแก่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จะเห็นได้ว่ากิจกรรมด้านสุขภาพนั้นถึงแม้ว่าจะเป็นกิจกรรมที่ไม่หวังผลกำไร แต่ก็มีคามจำเป็นที่ต้องประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากเหตุผลด้านความคุ้มค่า และการได้มาซึ่งงบประมาณที่จำเป็น แต่ทั้งนี้การประเมินด้วย SROI จัดเป็นการประเมินที่เหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีการที่สามารถนำผลลัพธ์จากกระบวนการหรือกิจกรรมมาแปลงเป็นค่าเงินได้ จึงเป็นการนำเสนอที่เข้าใจง่าย ทำให้สามารถสื่อสารผลไปยังสังคมวงกว้างได้ดียิ่งขึ้น



ตารางที่ 2 บทสรุปการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกาการดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินโครงการด้วย SROI

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
PACE สหรัฐอเมริกา	ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ในภาวะพึ่งพิง	-	Integrated Home-Service Center Model	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การจัดตารางราย กรณี</li> <li>• การทำงาน ร่วมกันแบบทีมสห วิชาชีพ</li> <li>• การให้บริการ ดูแลในช่วงกลางวัน (day care)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ลดอัตราการเข้าใช้ บริการที่โรงพยาบาล ได้มากขึ้น</li> <li>• ให้บริการในลักษณะ บริการเคลื่อนที่มากขึ้น</li> <li>• สามารถลดอัตราการ เสียชีวิตของผู้ป่วยได้มาก ขึ้น</li> </ul>	-	Cost saving



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
SIPA แคนาดา	ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	-	Integrated Home-Service Center Model	<ul style="list-style-type: none"> <li>การจัดการรายกรณี</li> <li>การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ</li> <li>การให้บริการดูแลตามบ้านอย่างใกล้ชิด</li> <li>การมีทีมรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง</li> <li>ทีมหน่วยเคลื่อนที่ในภาวะฉุกเฉิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Increased client satisfaction</li> <li>No increase caregiver burden</li> <li>No out-of-pocket expenses</li> <li>No cost saving but cost-effective.</li> </ul>	-	Cost effective

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
Hospital Admission Risk Program ออสเตรเลีย	ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ในภาวะพึ่งพิง	-	Integrated Home-Service Center Model	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การประเมินความร่วมมือ</li> <li>• การให้การดูแลหรือการจัดการรายกรณี</li> <li>• การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม</li> <li>• การศึกษาด้วยตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉินลดลง 20.8%</li> <li>• การเข้าใช้บริการโรงพยาบาลลดลง 27.9%</li> </ul>	-	Cost effective

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary care (TM/HBPC) : สหรัฐอเมริกา	ผู้สูงอายุกลุ่ม ทหารผ่านศึก	A Randomized Multicenter Trial.	Home-based Primary care	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทีมสหวิชาชีพ ที่บ้านที่</li> <li>เข้าถึงบริการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง</li> <li>การจัดการ รายกรณี (case management)</li> <li>กระบวนการ discharge planning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย (คะแนน ADL),</li> <li>คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล</li> <li>คะแนนความพึง พอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล,</li> <li>ภาวะ Caregiver burden</li> <li>จำนวนครั้งการนอน โรงพยาบาลซ้ำ</li> <li>ค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินโครงการใน ระยะเวลา 12 เดือน</li> </ul>	12 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ค่าใช้จ่ายในการ รักษาที่เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12</li> <li>ไม่พบว่าการเกิดความ คุ้มค่าทาง เศรษฐศาสตร์จาก การลงทุน</li> </ul>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
Reducing Long Term Cost by Transforming Primary care : Evidence From Geisinger's Medical Home Model	ผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรัง	A retrospective claims data analysis	Home-based Primary care	<ul style="list-style-type: none"> <li>primary and secondary prevention</li> <li>การดูแลแบบ บูรณาการ</li> <li>การจัดการ รายการนี้</li> <li>จัดบริการที่ เข้าถึงง่ายทุกที่ด้วย เทคโนโลยีที่ เหมาะสมกับผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถลดต้นทุนใน ระบบสาธารณสุขได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ</li> </ul>	4 ปี	Return on investment

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
Integrated care at home reduced unnecessary hospitalizations of community- dwelling frail older adults	ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	A prospective controlled trial	Integrated Home-Service Center Model	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลแบบ บูรณาการ</li> <li>ทีมสหวิชาชีพ ดูแลที่บ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลดอัตราการนอน โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น</li> <li>ลดอัตราการมาที่ ห้องฉุกเฉิน</li> <li>ลดการดูแลจาก สถาบัน</li> <li>ลดอัตราตายของ ผู้สูงอายุ</li> </ul>	3 ปี วัดผลทุกๆ 1 ปี	ไม่มี

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
Effect of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people	ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง	a cluster randomized trail	Multidisciplinary integrated care	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลแบบบูรณาการ</li> <li>ทีมสหวิชาชีพ</li> <li>การจัดการรายกรณี</li> <li>No Home health care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คุณภาพการดูแล</li> <li>คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย</li> </ul>	ทุก 3 เดือน	ไม่มี
Cost Effectiveness of a Home-Based Intervention That Helps Functionally Vulnerable Older Adults Age in Place at Home	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	A Randomized control trial	Home health care	<ul style="list-style-type: none"> <li>Physical therapy</li> <li>Home modification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต</li> <li>ลดภาวะพึ่งพิงลง</li> <li>ลดอัตราการตาย</li> <li>ต้นทุน</li> <li>ความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay)</li> </ul>	2 ปี	Incremental cost-effectiveness ratio (ICER)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	รูปแบบการดูแล	Intervention	ผลลัพธ์	ระยะเวลา การวัดผล	การประเมินทาง เศรษฐศาสตร์
A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure	ผู้ป่วยสูงอายุที่ ป่วยด้วย โรคหัวใจ ล้มเหลว	A Randomized control trial		<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลแบบ บูรณาการ</li> <li>ทีมสหวิชาชีพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลดการเข้ารับการ รักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำ</li> <li>คุณภาพชีวิต</li> <li>SROI</li> </ul>		SROI

• • •

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอหนองโพรง จังหวัดขอนแก่น ในบทนี้ผู้วิจัยได้กล่าวถึงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย
2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
3. วิธีการวิจัยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิธีการผสม (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอหนองโพรง จังหวัดขอนแก่น โดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว

#### 3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

##### 1) เกณฑ์การคัดเลือก

1.1) อายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ในวันที่เก็บข้อมูล

1.2) เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL น้อยกว่า 12 ในวันที่เข้าเป็นผู้ป่วยของศูนย์ดูแล

ระยะยาว ตำบลสะอาด



1.3) ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวอย่างน้อย 2 ครั้ง นับตั้งแต่วันที่ 1 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561

1.4) เป็นผู้พร้อมให้ข้อมูลอย่างสมัครใจ

1.5) ต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่อง

2) เกณฑ์การคัดออก

2.1) ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

2.2) ไม่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง

3) ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการศึกษา 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อศึกษาความแตกต่างของจำนวนครั้งการเข้านอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว ภายใต้สมมติฐานการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลน้อยลงหลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว

$$n = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \pi(1-\pi)}{(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

$Z_{\alpha}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เมื่อกำหนด  $\alpha$ -error ที่ระดับความเชื่อมั่น  $1-\alpha$  โดยกำหนด  $\alpha$ -error เท่ากับ 0.05 (one-tail);  $Z_{0.05} = 1.645$

$Z_{\beta}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เมื่อกำหนด  $\beta$ -error เท่ากับ 0.20 (one-tail);  $Z_{0.20} = 0.842$

$\pi_1$  = ค่าจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว

$\pi_2$  = ค่าจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว

$$\pi = (\pi_1 + \pi_2)/2$$

การศึกษาครั้งนี้อ้างอิงค่าสัดส่วนของประชากรจากการศึกษาของ Wajnberg และคณะ(45) โดยใช้จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{2(1.645 + 0.842)^2 \times (0.5)(1-0.5)}{(0.38 - 0.61)^2}$$

$$= 62 \text{ คน}$$

แต่เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาดทั้งหมดเพียง 37 ราย ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 37 รายเท่านั้น

### 3.2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

#### 1) เกณฑ์การคัดเลือก

1.1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1.2) ในกรณีมีผู้ดูแลหลายคน ให้เลือกผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลัก (สัดส่วนการดูแลมากกว่าร้อยละ 80)

1.3) พร้อมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

1.4) สามารถสื่อสารรู้เรื่อง

#### 2) เกณฑ์การคัดออก

2.1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2.2) ไม่สามารถสื่อสารได้

#### 3) ขนาดตัวอย่าง

จำนวนผู้ดูแล 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน

### 3.2.3 บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัว

#### 1) เกณฑ์การคัดเลือก

1.1) ระยะเวลาทำงานในทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด อย่างน้อย 6 เดือน

1.2) พร้อมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

#### 2) เกณฑ์การคัดออก

2.1) ระยะเวลาทำงานในทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด น้อยกว่า 6 เดือน

2.2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

#### 3) ขนาดตัวอย่าง

สมาชิกทีมหมอครอบครัวทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2 คน รวม 10 คน

### 3.2.4 เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสะอาดที่รับผิดชอบโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด

#### 1) เกณฑ์การคัดเลือก

1.1) ระยะเวลาที่รับผิดชอบงาน ณ ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อย่างน้อย 6 เดือน

1.2) พร้อมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

## 2) เกณฑ์การคัดออก

2.1) ระยะเวลาที่รับผิดชอบงาน ณ ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด น้อยกว่า 6 เดือน

2.2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

## 3) ขนาดตัวอย่าง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด มีจำนวน 2 คน ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจจำนวน 1 คน

## 3.3 วิธีการวิจัยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

## 3.3.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการเก็บข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย	สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ข ส่วนที่ 1)
ข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางคลินิก(Clinical outcome)	ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำพอง	แบบเก็บข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ข ส่วนที่ 2)
คะแนนคุณภาพชีวิต	สัมภาษณ์	แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (ภาคผนวก ค)
คะแนนภาวะพึ่งพิง (ADL)	สัมภาษณ์	แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL (ภาคผนวก ง)
รูปแบบกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาคผนวก ฉ)
ตอบคำถามตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) ของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวคือ “ถ้ามีการดูแลโดยทีมหมอ	การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาคผนวก ฉ)

ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการเก็บข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
ครอบครัว แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม”		
ต้นทุนการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข	สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ข ส่วนที่ 2)

### 3.3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการเก็บข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล	สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแล (ภาคผนวก จ ส่วนที่ 1)
ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง	สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแล (ภาคผนวก จ ส่วนที่ 2)
ความเต็มใจจะจ่ายค่าบริการด้าน สาธารณสุขโดยทีมหมอครอบครัว 1 ครั้ง	สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแล (ภาคผนวก จ ส่วนที่ 3)
ประเมินภาระการดูแล (care giver burden)	สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแล (ภาคผนวก จ ส่วนที่ 4 : Zarit Burden Interview )
ต้นทุนการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข	สัมภาษณ์ และ รวบรวมข้อมูลจาก ฐานข้อมูลโรงพยาบาล น้ำพอง	แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแล (ภาคผนวก จ ส่วนที่ 5 แบบ เก็บข้อมูลต้นทุนการให้บริการ ด้านสาธารณสุข)

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

### 3.3.3 บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัว

ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการเก็บข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
รูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัว	สนทนากลุ่ม	แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม(ภาคผนวก ข)
ปัจจัยส่งเสริม หรือปัญหาอุปสรรคในการทำงาน	สนทนากลุ่ม	
ตอบคำถามตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) ของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวคือ “ถ้ามีการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม”	สนทนากลุ่ม	

### 3.3.4 เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสะอาดที่รับผิดชอบโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด

ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการเก็บข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด	การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (ภาคผนวก ข)
รูปแบบการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว	การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง	
ปัจจัยส่งเสริม หรือปัญหาอุปสรรคในการทำงาน	การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง	
ต้นทุนการให้บริการ	รวบรวมข้อมูลจากหลักฐานการเงินขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	-

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

##### 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาคผนวก ฉ)

ใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวตามหลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care Cluster โดยทีมหมอเวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสิ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของหมอครอบครัวในมุมมองของผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านการประเมินให้คะแนนตามความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ PCC ม่วงหวาน 1 ท่าน และเภสัชกรประจำ PCC บัวใหญ่ 1 ท่าน

##### 2) แบบสัมภาษณ์บุคคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ภาคผนวก ช)

สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวตามหลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care Cluster โดยทีมหมอเวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสิ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรือปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของหมอครอบครัวในมุมมองของบุคคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างนี้ผ่านการประเมินให้คะแนนตามความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ PCC ม่วงหวาน 1 ท่าน และเภสัชกรประจำ PCC บัวใหญ่ 1 ท่าน

##### 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม หรือ Focus group (ภาคผนวก ซ)

การทำสนทนากลุ่มในทีมหมอครอบครัว เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการดำเนินกิจกรรม เพื่อตอบคำถามตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) ของการประเมินผลตอบแทนทางสังคม จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวคือ “ถ้ามีการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม” และข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าผ่านกิจกรรมนำไปสู่ผลผลิต และผลลัพธ์ เพื่อนำมาคำนวณเป็นค่า SROI และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ รูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสิ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรือปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของหมอครอบครัวในมุมมองของผู้ให้บริการ

แนวคำถามสำหรับ Modulator ในการจัดการสนทนากลุ่มผ่านการประเมินให้คะแนนตามความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ PCC ม่วงหวาน 1 ท่าน และเภสัชกรประจำ PCC บัวใหญ่ 1 ท่าน หลังทำการประเมินให้คะแนนตามความเหมาะสมของเนื้อหา

### 3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นการศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว ได้แก่ คะแนน ADL ที่เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลง อัตราการนอนโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผน อัตราการมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกโดยไม่ได้วางแผน ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล คะแนนคุณภาพชีวิต การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และคะแนน caregiver burden ทำการเก็บข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียนและประเมินด้วยแบบสอบถาม เก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกช่วงแรกคือก่อนมีทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2559 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 และช่วงที่สองคือ หลังจากที่มีทีมหมอครอบครัวเข้ามาให้การดูแล คือตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561

#### 1) แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ข)

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 2 เป็นแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การนอนโรงพยาบาล และเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน ค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่โรงพยาบาลน้ำพอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ( Barthel Activities of Daily Living : ADL) ค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate : GFR) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ( HbA1C) ค่าความดันโลหิต ค่า INR (International Normalized Ratio) การเกิดภาวะ major bleeding ในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

#### 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (ภาคผนวก ค)

แบบประเมิน EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย(46) พัฒนามาจาก EQ-5D ซึ่งเป็นแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

2.1) ส่วนแรกประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่นเรียนหนังสือ ทำงานบ้าน เป็นต้น) อาการเจ็บปวด/ความไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับเรียงตามลำดับความรุนแรง คำตอบที่ได้ในส่วนนี้จะนำไปใช้ในการคำนวณอรรถประโยชน์

2.2) แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพแย่มากที่สุด และ 100 หมายถึงสภาวะสุขภาพดีที่สุดในชีวิตโดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง

แบบสอบถาม EO-5D-5L เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อติดตามผลการรักษาในสถานพยาบาล งานวิจัย ทางคลินิก การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ รวมถึงการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย/ประชากรทั่วไป เนื่องจากฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้คำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ ซึ่งได้มาจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย มีการทดสอบความตรง (validity) ความเชื่อมั่น (reliability) ในคนไทย ดังนั้นคะแนนอรรถประโยชน์ที่ได้จึงสามารถสะท้อนสภาวะสุขภาพในมุมมองของคนไทยได้เป็นอย่างดี

แบบสอบถามนี้มีความตรงเฉพาะหน้า (face validity) และความเชื่อมั่นแบบสอบซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี(47)(48) แบบสอบถามนี้ถูกดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) นำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาอรรถประโยชน์ (utility) เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ต่อไป

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน EO-5D-5L ฉบับภาษาไทย โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตการใช้แบบประเมินจาก EuroQol Research Foundation ประเทศเนเธอร์แลนด์ หมายเลขใบอนุญาต (Registration ID) 30852

### 3) แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL (ภาคผนวก ง)

แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL(49) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับทุพพลภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79

โดยได้แบ่ง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ (49) ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 9-12 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง

### 4) แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) (ภาคผนวก จ)

ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนที่ 3 สอบถามมูลค่าความยินดีจะจ่าย



ค่าบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ทีมหมอครอบครัว และส่วนที่ 4 คือแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล Burden of care giver (Zarit Burden Interview Thai Version.)

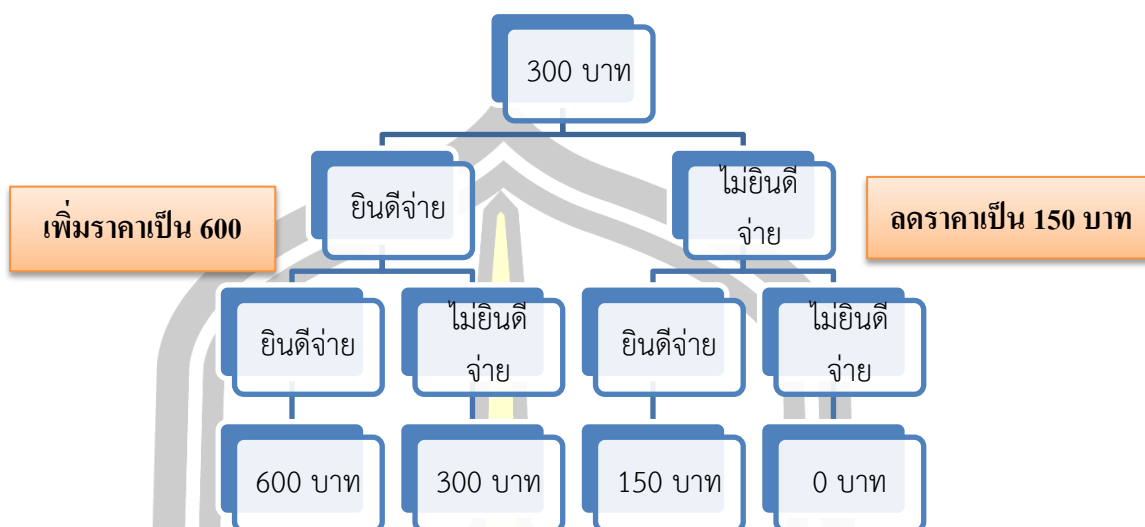
4.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

4.2) แบบสอบถามผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อประเมินผลกระทบในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน, ด้านการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ, ด้านรายได้ที่ลดลงจากการหยุดงาน, ด้านการปรับปรุงสภาพบ้านเพื่อเอื้อต่อการอยู่อาศัย, ด้านการดูแลทางการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ, ด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล, ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล และผลกระทบโดยรวม ทหารระดับความเที่ยงของเครื่องมือ 2 ครั้ง โดยครั้งแรก ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่หมู่ 5 หมู่ 6 และหมู่ 10 ตำบลท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 20 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.32 ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน และนำไปทดลองใช้อีกครั้งกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่หมู่ 2 หมู่ 3 และหมู่ 4 ตำบลท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 20 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.916

4.3) เครื่องมือที่ใช้ในการหาค่าความยินดีจะจ่าย (Willingness-to-Pay: WTP) การศึกษาครั้งนี้ทำการประเมินมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายโดยใช้ 2 วิธีคือการตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา และ Payment card

4.3.1) วิธีตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา กำหนดราคาเสนอครั้งแรก เท่ากับ 300 บาท เนื่องจากเป็นอัตราค่าเยี่ยมบ้านต่อครั้ง ที่กำหนดในอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข (33) หากผู้ตอบยินดีจะจ่าย ก็ให้เพิ่มราคาเสนอขึ้นเป็นสองเท่าคือ 600 บาท แต่หากผู้ตอบไม่ยินดีจะจ่าย ให้ให้ลดราคาเสนอลงครึ่งหนึ่งของราคาเสนอครั้งแรกคือ 150 บาท นำมูลค่าที่ได้มาคำนวณเป็นมูลค่าความยินดีจะจ่ายรวมสำหรับนำไปคำนวณ SROI ต่อไป

พูน ปณ ทิโต ชเว



ภาพที่ 6 แสดงผลที่เป็นไปได้จากการตั้งคำถามปลายเปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจริง

4.3.2) วิธี Payment card ผู้วิจัยออกแบบราคาบนแผ่นการ์ดจากขั้นตอนการสำรวจข้อมูลด้วยวิธีตั้งคำถามปลายเปิด ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่หมู่ 2 หมู่ 3 และหมู่ 4 ตำบลท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น นำราคาที่ได้มาจัดลำดับตามความถี่จากมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด และนำราคาที่มีความถี่สูง 5 อันดับแรกมาใช้เป็นราคาบนการ์ดที่ใช้ในขั้นตอนการศึกษาจริง

4.3.3) ผู้วิจัยอธิบายสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากบริการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวที่บ้าน โดยใช้ชุดแผ่นภาพที่จัดทำขึ้น เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดเหมือนกันทุกครั้ง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการให้ข้อมูลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่เคยได้รับการบริการจากทีมหมอครอบครัวมาก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยตั้งคำถามถึงมูลค่าที่กลุ่มตัวอย่างยินดีจะจ่าย สำหรับการรับบริการจากทีมหมอครอบครัว 1 ครั้ง ข้อมูลที่ได้แสดงดังนี้

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 3 มูลค่าความยินดีจะจ่ายที่ได้จากขั้นตอนการตั้งคำถามปลายเปิด

คนที่	มูลค่าที่ยินดีจะจ่ายเมื่อถามด้วยวิธีตั้งคำถามปลายเปิด
1	1000
2	100
3	300
4	200
5	300
6	300
7	200
8	400
9	500
10	150
11	100
12	50
13	200
14	300
15	300
16	100
17	200
18	450
19	500
20	400

จากตารางที่ 3 พบว่าแต่ละมูลค่าความยินดีจะจ่ายมีความถี่ดังนี้

50 บาท	จำนวน	1 ครั้ง
100 บาท	จำนวน	3 ครั้ง
150 บาท	จำนวน	1 ครั้ง
200 บาท	จำนวน	4 ครั้ง
300 บาท	จำนวน	5 ครั้ง

400 บาท	จำนวน	2 ครั้ง
450 บาท	จำนวน	1 ครั้ง
500 บาท	จำนวน	2 ครั้ง
1000 บาท	จำนวน	1 ครั้ง

ผู้วิจัยนำมูลค่าที่ยินดีจะจ่ายสำหรับบริการจากทีมหมอครอบครัว 1 ครั้ง ที่มีความถี่สูงที่สุด 5 อันดับแรกมาจัดทำเป็นแผ่นการ์ดสำหรับการประเมินมูลค่าที่ยินดีจะจ่ายด้วยวิธี Payment card ได้แผ่นการ์ดทั้งหมด 5 ราคาได้แก่ 100 บาท 200 บาท 300 บาท 400 บาท และ 500 บาท

#### 4.4) แบบประเมิน Burden of care giver (Zarit Burden Interview Thai Version)

แบบวัดภาระในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย ชัญญูชิตาคุชฎี และคณะ(50) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92 ได้พัฒนาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีความพิการต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน(uncertain attitude) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ

ซึ่งแบบประเมินนี้ได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดและผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลที่มีความพิการและผู้สูงอายุ โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ ประจำ ได้ 4 คะแนนบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน บางครั้ง ได้ 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ได้ 1คะแนน และไม่เคยเลย ได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวม 0- 21 คะแนน หมายถึงไม่เป็นการหรือเป็นการน้อยมาก 22 - 40 คะแนน หมายถึงเป็นการน้อยถึงปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึงเป็นการปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึงเป็นการมาก

### 3.5 จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 048/2561

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการจำแนกถ้อยคำหรือข้อความที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น แล้วนำมาตีความ อธิบาย และวิเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อใช้ในการจัดกลุ่มข้อมูล (Thematic analysis) เพื่อค้นหาผลลัพธ์จากกิจกรรมของการดูแลของทีมหมอครอบครัว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สักส่วนของผลงาน และปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

#### 3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลโดยการนำเสนอในรูปแบบภูมิรวมทั้งอธิบายผลประกอบ

##### 1) วิเคราะห์และบรรยายลักษณะของข้อมูล ได้แก่

- 1.1) ค่าร้อยละ ในการบรรยายลักษณะทั่วไปของข้อมูล
- 1.2) ค่าเฉลี่ยในการแปรความหมายของข้อมูล
- 1.3) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวด้วยค่าทางสถิติ paired t-test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติและ Wilcoxon signed rank test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

##### 3) คำนวณค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของ WTP ในโปรแกรมสำเร็จรูป STATA

4) การวิเคราะห์ข้อมูลอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เพื่ออธิบายว่า ทุกการลงทุน 1 บาท สังคมจะได้รับผลตอบแทนจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวเป็นเงินเท่าใด ซึ่งในการคำนวณในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้พิจารณามูลค่าของเงินตามระยะเวลา หรือไม่ได้พิจารณามูลค่าปัจจุบัน (Present Value) เนื่องจากเป็นโครงการระยะสั้นที่เพิ่งเริ่มมีการดำเนินการเป็นระยะเวลาเพียงแค่ 9 เดือนเท่านั้น

#### 3.6.3 ขั้นตอนการคำนวณค่า SROI

1) Define boundaries หมายถึง การกำหนดขอบเขตของกิจกรรม/โครงการ เลือกผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับนำมาคำนวณ SROI

##### 1.1) ขอบเขตของกิจกรรมการดูแลด้านสาธารณสุขโดยทีมหมอครอบครัว ได้แก่

- 1.1.1) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคต่างๆ เช่น การให้การกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในชุมชน เป็นต้น
- 1.1.2) การตรวจรักษาโรค

1.1.3) การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดำเนินของโรค และค้นหาปัญหาจากยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ

1.1.4) การฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพบำบัด

1.1.5) การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทย และกิจกรรมการออกกำลังกายแบบอายุรเวช หรือรูปแบบอื่นๆที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.1.6) การอบรมเพื่อพัฒนาผู้ดูแล (care giver) ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข

1.1.7) การติดตามประเมินการดำเนินของโรคที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

1.1.8) การจัดกิจกรรมฟื้นฟูอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

1.1.9) การจัดกิจกรรมสนทนากาเพื่อส่งเสริมการอยู่ร่วมในสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ

## 1.2) ผลลัพธ์ทางคลินิก

1.2.1) การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

1.2.2) การมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน

1.2.3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง

1.2.4) ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง

1.2.5) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ( Barthel Activities of

## Daily Living : ADL)

1.2.6) อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate : GFR) สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

1.2.7) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1.2.8) ความดันโลหิตทั้ง Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure

1.2.9) การแข็งตัวของเลือดวัดจากค่า INR (nternational Normalized Ratio ) สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

1.2.10) อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Major bleeding สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

1.2.11) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

1.2.12) คะแนนคุณภาพชีวิต

2) Data collection ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวบรวมให้ครอบคลุมจากผู้มีส่วนได้เสียให้ครบทุกฝ่ายทั้งในส่วนของต้นทุน (cost) และผลได้ (return) ดังนี้

2.1) ทบทวนเอกสารด้านการเงิน และการลงทุนจากฝ่ายบริหารโรงพยาบาลน้ำพอง และฝ่ายบัญชีของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสะอาด

2.2) ค้นหาต้นทุน และผลได้จากผู้สูงอายุและญาติจากกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยญาติ

2.3) ค้นหาต้นทุนและผลได้จากกระบวนการสนทนากลุ่มสมาชิกทีมหมอครอบครัว

3) Stakeholder analysis กระบวนการการค้นหามีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการให้ครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งเป็นทั้งผู้รับผลกระทบโดยตรง และผู้รับผลกระทบทางอ้อม

ตารางที่ 4 กระบวนการการค้นหามีส่วนได้ส่วนเสีย

Stakeholder	Inputs	Outputs	Intended outcomes
ผู้ป่วย	เวลา	ได้รับการดูแลตาม care plan ความพึงพอใจ ความยินดีจะจ่าย	Clinical outcomes ดีขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดี
ญาติผู้ดูแลหลัก	เวลา	ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความพึงพอใจ ความยินดีจะจ่าย	ภาวะ Burden ลดลง รายรับเพิ่มขึ้น ภาวะมีเตียงต้องทางเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระหยุดงาน
ชุมชน	-อาสาสมัครอบรมเพื่อเป็น care giver	ความพึงพอใจ ค่าตอบแทนการทำงาน	ความยั่งยืนของกิจกรรม การทำงานในชุมชน สัมพันธ์ภาพที่ดีในชุมชน
ทีมหมอครอบครัว	เวลา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลตาม care plan	Clinical Outcomes ของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 (ต่อ)

Stakeholder	Inputs	Outputs	Intended outcomes
โรงพยาบาลนำร่อง	- ค่าจ้าง - ค่ายาและเวชภัณฑ์ - ค่าบริหารจัดการต่างๆ - การฝึกอบรมบุคลากรและอาสาสมัคร	ผู้ป่วยที่ได้รับการที่เหมาะสม ครอบคลุม จำนวน care giver ที่ผ่านการอบรม	การนอนโรงพยาบาลลดลง ER visit ลดลง ค่าใช้จ่ายจากการมาโรงพยาบาลโดยมีได้ วางแผนลดลง (ทั้งการมาแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, แผนกผู้ป่วยนอก และการมาอนโรงพยาบาล)
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลข้าง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลนาศรี	- ค่าจ้างบุคลากร	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม care plan	Clinical Outcomes ของผู้ป่วย
เทศบาลตำบลสะอาด	- ค่าอบรมอาสาสมัคร - ค่าตอบแทนอาสาสมัคร	การจัดตั้งศูนย์ดูแล จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ	ความยั่งยืนของกิจกรรม ชุมชนเป็นสุข
หน่วยงานระดับชาติ (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ)	งบประมาณดำเนินโครงการ	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงโครงการ	ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐหาก สามารถลดภาวะพึ่งพิง และลดการใช้บริการ ด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลลงได้



4) Impact map กระบวนการระบุผลลัพธ์ และผลกระทบเพื่อให้สำหรับแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครอบคลุม และครบถ้วน

ตารางที่ 5 กระบวนการระบุผลลัพธ์ และผลกระทบเพื่อให้สำหรับแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

Stakeholder	Desired Outcomes	Indicator Used	Financial Proxy Used	Source of Financial	Attribution	Benchmark for Deadweight	Benchmark for Displacement
ผู้ป่วย	มีคุณภาพชีวิตที่ดี clinical outcomes ดีขึ้น	-คะแนนADL -คะแนนQuality of life -นอนโรงพยาบาลไม่ได้ วางแผน -มาห้องฉุกเฉินไม่ได้ วางแผน	เงินเบี่ยเลี้ยงยั้งชีพ Willingness to pay	ผู้ป่วยจ่าย โรงพยาบาล เทศบาลตำบล	ค้่นหา	ค้่นหา	ค้่นหา
ญาติผู้ดูแลหลัก	-ความสัมพันธืที่ดีขึ้น -ลด Burden	Zarit Burden Interview และความเต็มใจจ่าย	Willingness to pay	ผู้ดูแลจ่าย	ค้่นหา	ค้่นหา	ค้่นหา
อาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ	-ค่าตอบแทน อาสาสมัคร	- -	-ค่าตอบแทน	เทศบาลตำบล	ค้่นหา	ค้่นหา	-เสียโอกาสในการ ได้รับค่าจ้างจาก การทำงานอื่น

ตารางที่ 5 (ต่อ)

Stakeholder	Desired Outcomes	Indicator Used	Financial Proxy Used	Source of Financial	Attribution	Benchmark for Deadweight	Benchmark for Displacement
ทีมหมอครอบครัว	-Clinical Outcomes ของผู้ป่วยดีขึ้น	-คะแนน ADL -การนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน -มากห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน -ความปลอดภัยของผู้ป่วย	-ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล -ค่าใช้จ่ายที่ห้องฉุกเฉิน -งบประมาณ -งบรวม	โรงพยาบาล น้ำพอง	คันทา	คันทา	คันทา
	-การมีศักยภาพที่ดีใน การปฏิบัติงาน -ระบบติดต่อ ประสานงานที่มี ประสิทธิภาพ	-ช่องทางสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	-ค่าใช้จ่ายสำหรับ ค่าโทรศัพท์หรือ อินเทอร์เน็ต	-โรงพยาบาล น้ำพอง, ง่าย เอง			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

Stakeholder	Desired Outcomes	Indicator Used	Financial Proxy Used	Source of Financial	Attribution	Benchmark for Deadweight	Benchmark for Displacement
โรงพยาบาลหน้า พอง	- การนอน โรงพยาบาลลดลง - การมาห้องฉุกเฉิน ลดลง	ค่าใช้จ่ายในการนอน โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการมาห้อง ฉุกเฉิน	ค่าใช้จ่ายใน ระหว่างนอน โรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายที่ห้อง ฉุกเฉิน ค่าตอบแทน บุคลากร	โรงพยาบาล หน้าพอง	ค้่นหา	ค้่นหา	ค้่นหา
เทศบาลตำบล สะอาด	- การจัดตั้งศูนย์ดูแล ผู้ป่วย - ความยั่งยืนของ โครงการ	- จำนวนผู้ป่วยที่มารับ บริการต่อเนื่อง	ค่าตอบแทน อาสาสมัคร	เทศบาลตำบล	ค้่นหา	ค้่นหา	ค้่นหา
โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพตำบล คำบาง	Clinical Outcomes ของผู้ป่วยดีขึ้น	ลดการมาใช้บริการโดย ไม่ได้วางแผน	ค่ายาและ เวชภัณฑ์ ค่าตอบแทน บุคลากร	โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพตำบล โรงพยาบาล	ค้่นหา	ค้่นหา	ค้่นหา

5) Analysis หมายถึงกระบวนการแทนค่าผลลัพธ์ด้วยค่าเงิน (Financial proxy) เพื่อให้สามารถนำเสนอผลออกมาอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุด

5.1) ข้อมูลต้นทุน (Cost) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มูลค่าต้นทุน จากการทบทวนเอกสารด้านการเงิน และการลงทุนจากฝ่ายบริหารโรงพยาบาลน้ำพองประกอบด้วย

5.1.1) ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วย  
 5.1.2) ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน  
 5.1.3) ค่าจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ  
 5.1.4) ค่าจ้างงานบุคลากรทางการแพทย์  
 5.1.5) งบประมาณในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์  
 5.1.6) งบประมาณในส่วนสนับสนุนต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายสำหรับระบบคอมพิวเตอร์และระบบสารสนเทศ ค่าใช้จ่ายสำหรับน้ำมันเชื้อเพลิง และค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุสำนักงาน อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการบำบัดรักษาผู้สูงอายุ เป็นต้น

5.1.7) งบประมาณในการสร้างสิ่งปลูกสร้าง  
 5.1.8) งบประมาณในการบริหารจัดการศูนย์ดูแลระยะยาว ได้แก่ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าซ่อมแซม เป็นต้น

5.1.9) ค่าใช้จ่ายของญาติกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล  
 5.1.10) อื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดอบรมอาสาสมัคร ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมด้านวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

5.2) ข้อมูลผลตอบแทน (return) ได้มาจากกระบวนการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยในส่วนของผู้ป่วยใช้คะแนนคุณภาพชีวิตและค่าความเต็มใจจะจ่าย และญาติใช้มูลค่าความเต็มใจจะจ่าย มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1) คุณภาพชีวิตผู้ป่วย แปลงค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นเงินโดยใช้ รายได้จากเบี้ยเลี้ยงยังชีพผู้สูงอายุรายเดือน (และเบี้ยเลี้ยงผู้พิการ ในกรณีเป็นผู้พิการ)  $\times$  คะแนนอรรถประโยชน์จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D-5L  $\times$  9 เดือน

5.2.2) ค่าความเต็มใจจะจ่ายแปลงเป็นค่าเงินโดยใช้มูลค่าที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ (ค่าความพอใจที่บอกเอง) สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

5.2.3) ภาระในการดูแลแปลงเป็นค่าเงินโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลจากแบบวัด Zarit burden Interview โดยใช้ ภาระในการดูแล (%)  $\times$  รายได้ต่อวัน (อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ) (51)  $\times$  30 วัน  $\times$  9 เดือน

6) Results and sensitivity analysis หมายถึงกระบวนการทบทวนความโปร่งใสของผลลัพธ์ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีการรายงานเฉพาะผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการที่เราสนใจศึกษาเท่านั้น (Attribution) ลดความลำเอียงในการรายงานผล สำหรับสูตรในการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในการศึกษาในครั้งนี้สามารถคำนวณได้ดังนี้

$$\text{อัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)} = \frac{\text{มูลค่าปัจจุบันทั้งหมด}}{\text{มูลค่าการลงทุนที่ใช้ไป}}$$

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

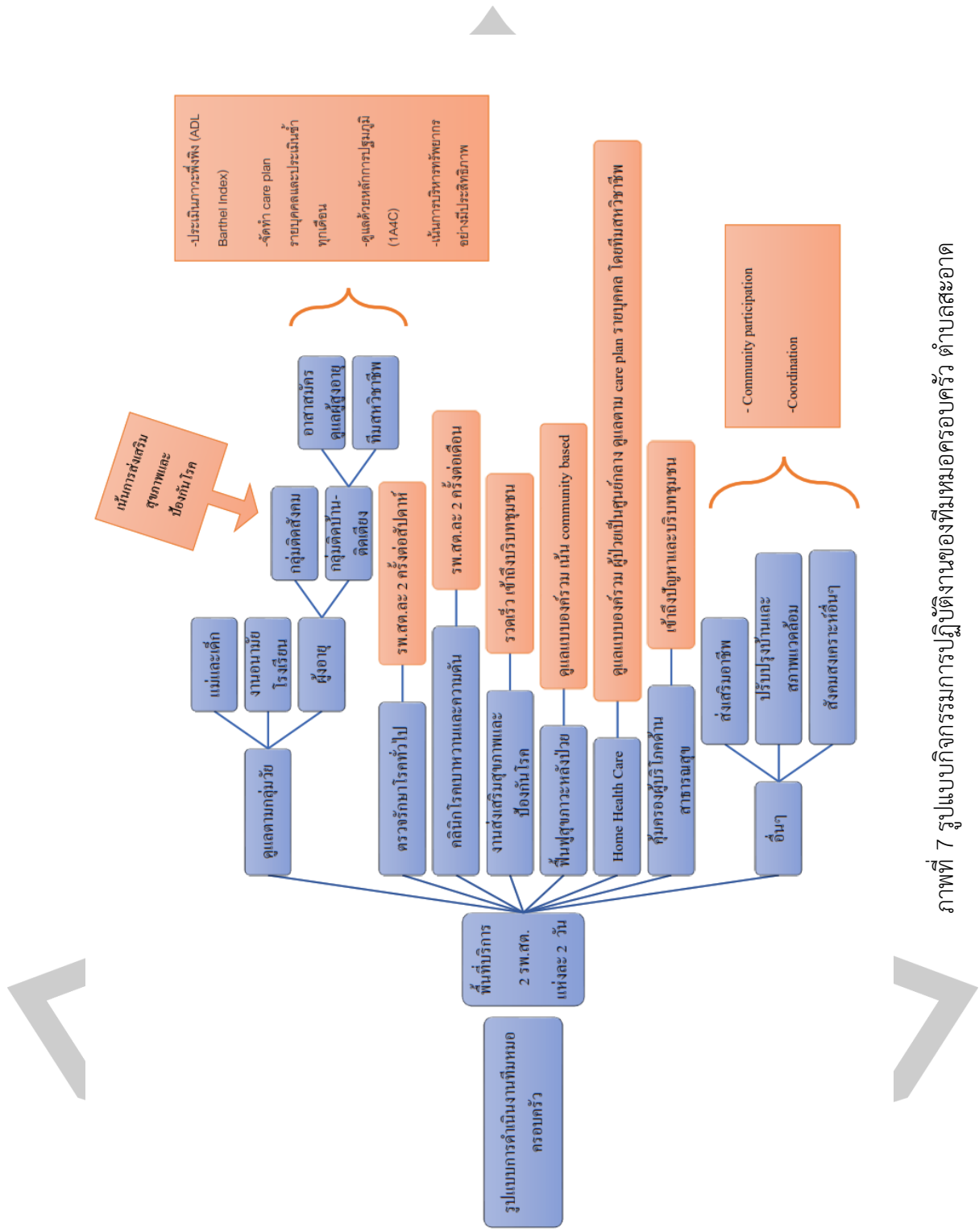
บทนี้ประกอบไปด้วยผลการศึกษา 5 ส่วนหลักคือ 1) รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายหลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลสะอาด 2) ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการและญาติผู้ดูแล 3) ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนจัดบริการฯ 4) ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนและแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ และ 5) คุณค่าที่เกิดจากกระบวนการทำงานต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสังคม

#### 4.1 ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายหลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลสะอาด

##### 4.1.1 รูปแบบการดำเนินกิจกรรมของทีมหมอครอบครัว

พื้นที่ตำบลสะอาด แบ่งเขตรับผิดชอบด้านสาธารณสุขออกเป็น 2 พื้นที่ย่อยได้แก่ เขตพื้นที่ที่ได้รับการดูแลโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบัง จำนวน 8 หมู่บ้าน และเขตพื้นที่ที่ได้รับการดูแลจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาศรี จำนวน 6 หมู่บ้าน รวมจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 2,464 ครัวเรือน 9,770 คน โดยตำบลสะอาดมีทีมหมอครอบครัวสองทีม ทีมที่หนึ่งดูแลพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบัง ออกปฏิบัติงาน 2 วันต่อสัปดาห์ และทีมที่สองดูแลพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาศรี ออกปฏิบัติงาน 2 วันต่อสัปดาห์ กิจกรรมที่ทำนั้นมีหลากหลายตั้งแต่การตรวจรักษาโรค งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานฟื้นฟูสุขภาพะหลังป่วย เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง งานอนามัยโรงเรียน หรือแม้กระทั่งงานด้านสังคมสงเคราะห์ก็อยู่ในแผนปฏิบัติงานด้วยเช่นเดียวกัน รายละเอียดแสดงดังภาพที่ 7

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาพที่ 7 รูปแบบกิจกรรมการปฏิบัติงานของทีมหมอบริการปฐมภูมิ ตำบลสะอาด

สำหรับตารางการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวนั้น เริ่มต้นขึ้นในช่วงเช้าประมาณ 08.30 น. แต่หากวันไหนมีคลินิกเบาหวาน ก็ต้องเริ่มเจาะเลือดผู้ป่วยตั้งแต่เช้าตรู่ พร้อมมีฝ่ายเสปียงทำหน้าที่เตรียมข้าวต้มธัญพืชไว้เป็นอาหารเช้าสำหรับคุณตาคุณยายที่มาตรวจรักษา แพทย์ผู้ตรวจเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ถึงแม้จะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากกว่าการรักษาที่ตัวโรค แต่ยังคงเน้นเรื่องเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพ เน้นประสิทธิภาพการตรวจรักษาที่ไม่ต้องไปกว่าการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ดังเช่นคำกล่าวของสมาชิกทีมหมอครอบครัวที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนที่ 1 ดังนี้

“ผมมีไอเดียของตัวเองคือ จะไม่ลดศักยภาพของแพทย์ในการรักษา และการสั่งยา คือต้องเท่าที่โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทำอะไรได้ ที่นี้ต้องทำได้ ยกตัวอย่างเช่น การใช้ยา Enalapril จะต้องมีการติดตามค่า Creatinine ได้เหมือนที่ โรงพยาบาล ดังนั้นก็จะต้องมีการทำงานประสานกับห้องแล็บของโรงพยาบาล เราค่อนข้างเคร่งครัดกับเรื่องแล็บ 2 อาทิตย์ปั๊บจะต้องนัดผู้ป่วยมาเจาะเลือด เจาะเลือดปั๊บต้องให้รถมารับเลือดไปส่งแล็บ ผลออกออนไลน์ แจ้งผลแล็บทางอีเมลล์ ส่งเข้า ได้ผลบาย” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 1)

นอกจากนี้การออกตรวจโรคในช่วงเช้า ยังสามารถนำไปสู่กิจกรรมด้านป้องกันโรคที่สามารถดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ เช่น กรณีเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ทีมหมอครอบครัวสามารถเข้าถึงแหล่งแพร่กระจายโรคได้อย่างรวดเร็วมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่จะมีการดำเนินงาน PCC โดยทีมหมอครอบครัว เนื่องจากต้องรอทีมสอบสวนโรคจากอำเภอซึ่งใช้เวลานาน ซึ่งสมาชิกทีมหมอครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นดังนี้

“แต่ก่อนมันไม่ทันการณ์กว่าจะรู้ว่ามีการระบาดแล้วแจ้งไปที่โรงพยาบาล กว่าทีมจะลงพื้นที่มาสอบสวนโรค กว่าจะลงความเห็นสั่งปิดโรงเรียน เด็กๆ ก็ป่วยกันเกือบครึ่งก่อนโรงเรียนไปแล้ว” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 5)

หลังเสร็จจากงานตรวจรักษาในช่วงเช้า ก็เป็นเวลาของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแผนปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายงาน (care plan) ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอื่นๆตามที่ได้มีการส่งต่อจากศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลน้ำพอง โดยเฉพาะงานเยี่ยมบ้านซึ่งผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า การที่ทีมหมอครอบครัวออกปฏิบัติงานที่ PCC นั้นมีประสิทธิภาพมากในการเพิ่มการเข้าถึงผู้ป่วยที่มีปัญหา เนื่องจากหลายๆปัจจัย เช่น ความไว้วางใจจากชาวบ้านและผู้นำชุมชน การเข้าถึงข้อมูลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ทำงานในพื้นที่ เวลาทำงานในพื้นที่ที่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งสมาชิกทีมหมอครอบครัวต่างมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น ดังนี้



“แต่ก่อนนะ กว่าจดหมายส่งต่อจะมาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยก็ตายไปก่อนก็มี แต่ตอนนี้ไม่เหมือนเดิมแล้ว ผู้ใหญ่บ้านเดินเข้ามาบอกเลยก็มี ...“หมอๆ ไปเยี่ยมบ้าน หลังโน้นหน่อยเด้อ พ่อใหญ่เพิ่นเป็นห้อย เพ็งออกมาจากโรงพยาบาลขอนแก่น”....แบบนี้แหละ เราเลยเข้าถึงผู้ป่วยได้ดีขึ้น มากขึ้น ทีมเราก็จะเข้าไปทำกายภาพ ช่วยดูแลปรับสภาพบ้าน ปรับสิ่งแวดล้อม นัดผู้ป่วยมาที่ศูนย์ฯ เพื่อทำกายภาพ” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 2)

“บางทีเราเยี่ยมบ้านนี้อยู่ เค้กก็มากระซิบให้รู้ความลับของบ้านหลังโน้น เราเลยรู้ว่าคนไข้แอบไปกินยาชุดนะ แอบไปซื้ออาหารเสริมนะ ไม่ยอมกินยาตามหมอสั่ง แบบนี้ก็มี ทำให้เราเข้าถึงปัญหาได้เร็วกว่าเดิม” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 4)

ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ PCC ในมิติของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานตามนโยบาย “นายสั่ง” แบบเดิม เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ของทีมบุคลากรสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและชุมชน ทำให้สามารถค้นพบรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพ และสามารถออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และชุมชนได้

“งานส่งเสริมฯ ออกมาในรูปแบบของโครงการ โดยจะดูจากปัญหาที่พบในชุมชน ว่าชุมชนมีปัญหาอะไรบ้าง ก็จะจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเสี่ยง เช่นโครงการรักษาไต ก็เกิดจากที่พบผู้ป่วยไตเสื่อมเป็นจำนวนมากในชุมชน จึงเกิดโครงการนี้ขึ้น เอาคนไข้มาให้ความรู้ เรื่องอาการโรคไต การดูแลสุขภาพทั่วไป ส่วนเภสัชก็จะดูแลให้ความรู้เรื่องยา พยาบาลก็เป็นเรื่องดูแลสุขภาพทั่วไป ส่วนสหวิชาชีพอื่น ๆ เช่นนักโภชนาการ ก็จะมีการเชิญมาร่วมเป็นครั้งๆ ไป แล้วแต่สถานการณ์แล้วแต่หัวข้อ นักกายภาพก็เชิญมาเรื่องดูแลเท้า” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 2)

“งานของทีมหมอครอบครัวที่ทำงานในชุมชนนั้น ทำให้เราสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ลึกซึ้งขึ้น” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 5)

#### 4.1.2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

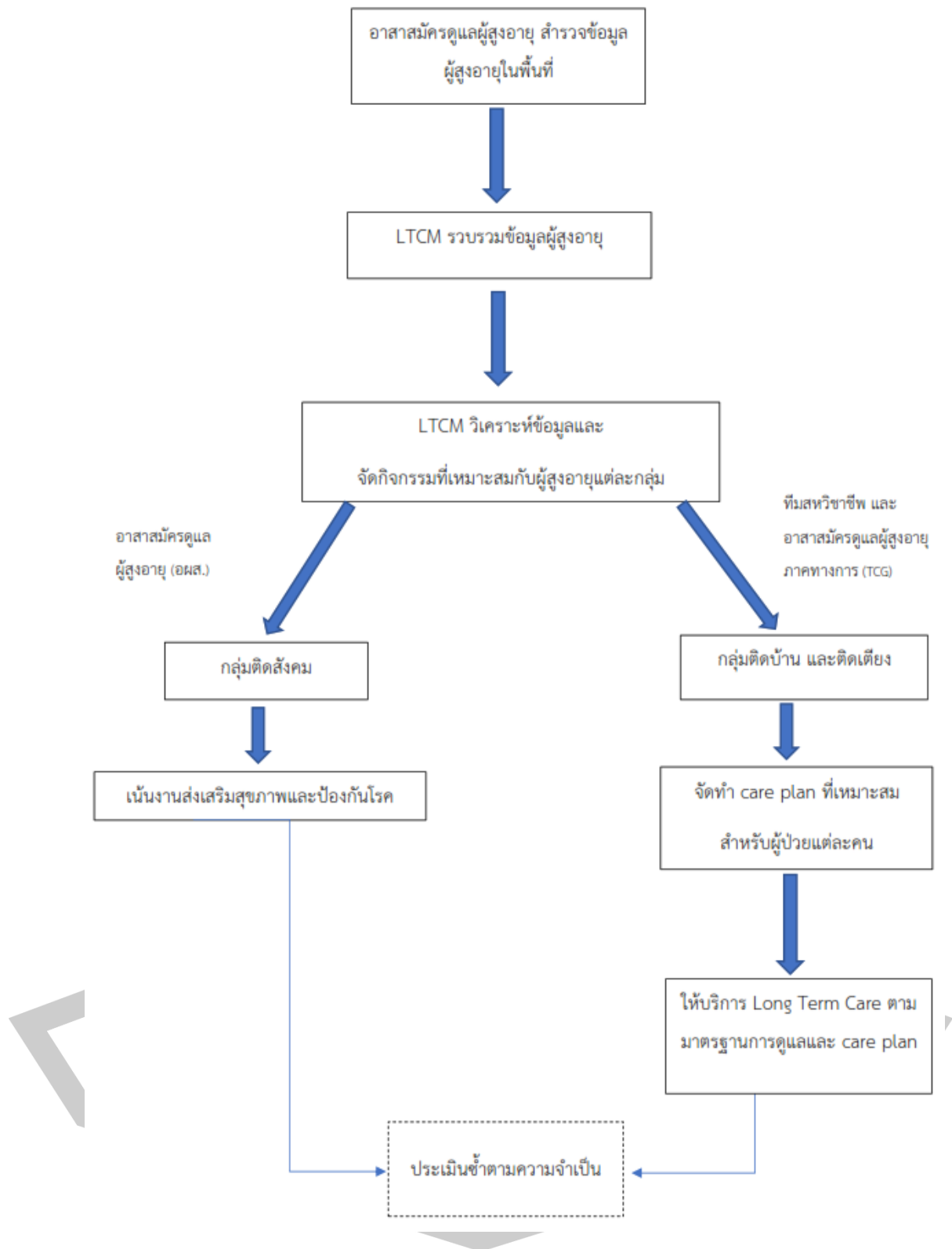
กล่าวได้ว่าการทำงานของทีมหมอครอบครัว ร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุนั้นสามารถดูแลผู้สูงอายุได้แบบองค์รวม (Holistic) อย่างแท้จริง ซึ่งมีทั้งรูปแบบบูรณาการศูนย์การดูแลที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model) และรูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) คล้ายการศึกษาของ Koff (52) โดยรูปแบบบูรณาการศูนย์การดูแลที่บ้านนั้นให้การบริการที่บ้านของผู้ป่วย ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งเป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยมีความแตกต่างจากรูปแบบของ Koff คือ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ รูปแบบในการให้บริการได้แก่ การตรวจรักษาโรค การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่งเพื่อมารับบริการเมื่อมีการร้องขอ (ทั้งศูนย์ดูแลระยะยาว และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) การจัดอาหาร

การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) ส่วนรูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่ในโรงพยาบาล โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และไลน์ อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน บริการรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล หรือแม้กระทั่งการดูแลแบบ Home ward สนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอยู่ที่บ้านพร้อมครอบครัวจนกระทั่งลมหายใจสุดท้าย

“พ่อใหญ่เพิ่มเป็นอัมพาตมาหลายเดือนแล้ว นอนบรู๊เรื่องหยิ่งดอก ใส่สายออกซิเจนตลอด หมอเพิ่มกะมาเบิ่ง หมอมาเบิ่งว่าความดันดีบ่ มีเสลดอุดตันสายบ่ มาชวยเบิ่งสายให้อาหาร สายสวนเยี่ยว หมอใหญ่สิมาสัปดาห์ละเทื่อ แต่ที่มอาสาฯ กะมาตุ้ มา สัปดาห์ละ 2 เทื่อ พยาบาลกะชวยเอาสายดูดเสลดมาให้ ยายกะเบาใจ ลูกกะบ่ต้องเข้าไปเบิกอยู่โรงพยาบาล กะมีเวลาไปทำมาหากิน”(ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 5)

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด นั้น มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว หรือ Long Term Care manager (LTCM) ทำหน้าที่หลักในการวางแผนปฏิบัติงาน จัดทำ care plan สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นบทสรุปจากการประชุม conference case และการประชุมสรุปผลงานในแต่ละเดือน โดยแผนปฏิบัติงานนั้นกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และเป้าหมายในการดำเนินงานอย่างชัดเจน การจัดทำแผนปฏิบัติงานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุมีรายละเอียดดังนี้





ภาพที่ 8 การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน และการจัดทำแผนปฏิบัติงานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

จากภาพที่ 5 อธิบายได้ดังนี้คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ ตามรายชื่อจากทะเบียนราษฎร์ เพื่อทำการประเมินระดับสุขภาพ และระดับภาวะพึ่งพิง โดยมีเครื่องมือคือ ADL Barthel index ร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย แล้วจึงส่งข้อมูลให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTCM) เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ทั้งด้านจำนวน และสถานะทางด้านสุขภาพ หลังจากนั้น LTCM ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามคะแนน Barthel ADL ได้แก่กลุ่มติดสังคม (คะแนนมากกว่า 12 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (คะแนนอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (คะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน) เพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนั้น กิจกรรมหลักจะเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่นการออกกำลังกาย การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดกิจกรรมทางสังคม ลดความเครียด ส่งเสริมสุขภาพทางกายให้แข็งแรง เป็นต้น ส่วนกลุ่มป่วยได้แก่ กลุ่มติดบ้านและติดเตียงจะถูกแบ่งออกเป็น 3 ประเภท และแต่ละประเภทจะมีแผนการดูแลเฉพาะราย และเป้าหมายการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนี้

ประเภท A หมายถึงผู้ป่วยติดบ้าน หรือติดเตียงที่ต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สะดวกไปรับบริการที่ศูนย์ดูแลระยะยาว หรือไม่สามารถไปได้ กลุ่มนี้ให้การดูแลที่บ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ ตาม care plan ของผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย และกลุ่มนี้หากผู้ป่วยสมัครใจและสามารถเคลื่อนย้ายได้จะนำเข้าสู่กลุ่ม C

ประเภท B หมายถึงผู้ป่วยติดบ้าน ที่ไม่จำเป็นต้องรับการฟื้นฟูเป็นประจำ สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการฟื้นฟูที่ศูนย์ดูแลระยะยาวผู้สูงอายุใน กลุ่มนี้ให้การดูแลที่บ้าน 1 ครั้ง/เดือน โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ประเภท C หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงที่ต้องการการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เข้ารับการดูแลที่ศูนย์ดูแลระยะยาวประจำตำบล ซึ่งมีรูปแบบคล้ายรูปแบบบูรณาการศูนย์การดูแลที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model) ของ Koff (52) โดยได้รับการดูแลจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการฝึกกายภาพบำบัดทั้งแบบใช้อุปกรณ์เฉพาะและแบบไม่ใช้อุปกรณ์เฉพาะ ความถี่ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้รถรับส่งของเทศบาลและดูแลการรับส่งโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยทุกประเภทได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลจากทีมสหวิชาชีพ หากประเมินพบภาวะแทรกซ้อน สามารถติดต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาที่จำเป็น หรือแก้ปัญหาแทรกซ้อนต่างๆได้ทันที

“ตอนแรกอาสาสมัครผู้สูงอายุเพิ่งมาเบิ่งก่อน เพิ่งมาเห็นยายมีแผลยุกัน แล้วกะขยายาก เพิ่งเลยโทรฯเ็นเอาหมอใหญ่มาเบิ่งให้ยุเฮือนเลย มาซอยเฮ็ดแผล เอายามาให้ แผลซาแล้วตอนนี้กะหัดขยง พวกอาสาจะมาพยายาง” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 3)

“แต่ก่อนกะไปฝึกยุศูนย์ฟุ่นแล้ว แต่ตอนนี้บ่อยากไปศูนย์ ย่อนวาพ่อใหญ่กลั่นเหยี่ยวบได้ ย่านหมอเหม็น ย่านหมอรังเกียจ เลยเขาไปศูนย์ แต่เพิ่งกะดีหลายเฮาบไป เพิ่งกะมาหายุเฮือน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 14)

ซึ่ง care plan ที่ LTCM ได้จัดทำสำหรับผู้สูงอายุแต่ละรายที่อยู่ในประเภท A, B และ C มีรายละเอียดดังนี้

- 1) รายละเอียดทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ ชื่อ-สกุล, วันเกิด, อายุ, ที่อยู่, ผลวินิจฉัยโรค, ค่า ADL
- 2) แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต (เป้าหมายในการฟื้นฟูของผู้รับบริการ)
- 3) ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต
- 4) นโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)
- 5) เป้าหมายการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น) และระยะเวลาในการบรรลุเป้าหมาย
- 6) ข้อควรระวังในการดูแล
- 7) บริการอื่นๆที่นอกเหนือจากบริการรายสัปดาห์ (รวมถึงการช่วยเหลือของครอบครัว และการช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการอื่นๆ)
- 8) ตารางการดูแลรายสัปดาห์
- 9) กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน และผู้รับผิดชอบ

การประเมินซ้ำโดย LTCM เป็นระยะตามความจำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นในการได้รับการด้านสาธารณสุขและบริการทางสังคมของผู้สูงอายุ และเพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็น หลังจากได้รับการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว

“สำหรับผู้ป่วยแต่ละเคส เราก็มีการประเมินทุกๆเดือน เราจะได้รู้ว่าแต่ละเคสนั้นได้รับการที่เหมาะสมหรือยัง มีผลการดูแลที่นำพึงพอใจหรือยัง หรือต้องได้รับการด้านไหนเพิ่มเติม เช่นตาเงินที่ป่วยเป็นวัณโรคกระดูกเนี่ย เป็นเคสที่ยากมากๆ ช่วงแรกเราก็ประเมินแค่สภาวะ

ร่างกาย การตอบสนองต่อยา พอสักพักเราก็เข้าไปดูเรื่องญาติที่ต้องมาดูแล และเรื่องการบำบัดเล็ก เหล้าของคนไข้ และสุดท้ายคือการทำเรื่องฟื้นฟูลดข้อติด รวมถึงการให้ความช่วยเหลือทางสังคม ที่เราก็ก็นำทีมมือกับชาวบ้านและผู้นำชุมชน ช่วยกันสร้างห้องน้ำ ทำทางลาดให้รถเข็นเข้าออก สะดวก” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 2)

#### 4.1.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver: TCG)

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ หรือ TCG (ซึ่งต่อไปจะขอเรียกว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) หมายถึงกลุ่มคนที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชม. จากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้มีพื้นฐานมาจาก อ.ส.ม. ธรรมดาๆ แต่ได้กลายมาเป็นกุญแจดอกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของทีมหมอครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้มีความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย อีกทั้งยังเป็นคนในชุมชน จึงสามารถเข้าถึงบริบทและปัญหาที่แท้จริงของชุมชนได้ กลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ทำงานตามแผนงานและตารางงานที่ LTCM จัดทำขึ้น ทำงานประสานกับทีมสหวิชาชีพผ่านหลายช่องทางทั้งโทรศัพท์ และกลุ่มไลน์หมอครอบครัว เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการปฏิบัติงานวันละ 7 คน คือ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทีม A 2 คน, เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทีม B 2 คน และ ดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลระยะยาว 3 คน

ซึ่งบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการมีดังนี้

- 1) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- 2) ดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ
- 3) รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประเภท B กิจกรรมหลักได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การฝึกกายภาพที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้ยาก ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลหลัก (เช่น บุตร หลาน) ไม่อยู่บ้าน และการเยี่ยมบ้านตามแผนงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินระดับสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
- 4) รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ประเภท C ร่วมกับนักกายภาพบำบัดที่ศูนย์ดูแลระยะยาว เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ รวมถึงการจัดกิจกรรมสนทนา การสมาธิบำบัด เพื่อพัฒนาสมองและสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

5) รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ประเภท A ที่บ้าน ทำหน้าที่ในการดูแลเรื่องกายภาพบำบัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก ทำความสะอาดแผล ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันในกรณีผู้ดูแลหลักไม่อยู่เช่นตัดเล็บ ตัดผม อาบน้ำ เป็นต้น ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ หรือแม้แต่ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ประเมินการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งในกรณีที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อน สามารถติดต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาที่จำเป็น หรือแก้ปัญหาแทรกซ้อนต่างๆได้ทันที

6) การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความสามารถในการค้นหาปัญหาของชุมชน หรือการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ หรือแม้แต่พยาบาลชุมชน เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ภาวะลักษณะที่ดูกลมกลืนกับชาวบ้าน และการเป็นสมาชิกของชุมชนส่งผลให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจบริบททั้งทางกายภาพ และสังคมของชุมชน จึงสามารถค้นพบปัญหา ความจำเป็น และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“พวกเราอาสาฯ เพื่อนกะมาเป็นประจำ อาทิตย์ละเทื่อ มาฝึกย่างให้ตา พาหัดย่าง อ้อมบ้าน พาตากินข้าว มาตัดเล็บตัดผมให้ ลางเทื่อกะมาเว้านิทานก้อมให้ฟังได้หัวได้มวนนำยู” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 3)

“คุณหมอมายิงกะยอนตาป่วยหลายโรค เป็นเท็งเบาหวาน ความดัน อัมพฤกษ์ ตอนเป็นแรกก็มีแผลกดทับนำ ยอนตาลูกบ่ได้มีแต่นอน คุณหมอใหญ่มาเดือนละสองเทื่อ แต่ชุมชนอาสาฯของเทศบาลนี้มาอาทิตย์ละ 2 เทื่อ ตอนแรกอาสาฯมาฝึกย่าง ฝึกออกกำลังกายให้ พาหันเฮ็ดรอก เฮ็ดราวเอาไว้จับย่าง หลายอย่างยู อาสาฯ เห็นเห็นตามีแผลยอนมีแต่นอน เพื่อนกะแนะนำให้ลูกพลิกโตให้ดูๆ แล้วกะเอิ้นหมอใหญ่มาตรวจให้พร้อม ตอนแรกๆ ตอนเป็นใหม่ๆ ตายางบ่ได้เลย เฮ็ดหยังเองบ่ได้มีแต่นอนอย่างเดียว เว้ากะบ่รู้เรื่อง ตอนนีโคหลาย ยางแข็งแล้ว บ่ต้องจับราวแล้ว เว้ากะเป็นภาษารู้เรื่องกัน กินข้าวเองกะได้ ลูกกะดีใจหลาย เพราะว่าลาออกจากงานมาดูแลตา ตกงาน เงินเก็บกะใกล้สิเบ็ดแล้ว ตอนนีกะพอได้มีเวลาวางไปไฮ่ไปนา ไปรับจ้างหาเงินมาซื้อกิน” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 8)

“รู้จักหมอครอบครัวมาโดนแล้ว ก่อนที่หมอเพื่อนจะมาดูแลยาย เพราะหมอมายิงกะพอใหญ่ที่เพื่อนป่วยเป็นอัมพาตที่บ้านข้างๆกันนี้แหละ แต่ก่อนยายกะบ่ทันป่วยดอก เพื่อนก็แะมาเบ็งมาหยามยายเวลามาเบ็งตาคนนั้น ตอนแรกกะวัดความดันให้กะฮู้ว่าความดันสูง เพื่อนกะให้ไปรับยาอยู่อนามัย กะกินยาความดันมาเรื่อยๆ แต่หลังจากยายเริ่มป่วยเป็นอัมพฤกษ์เพื่อนก็ตามหมอใหญ่มาดูแลที่บ้านเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 26)

#### 4.1.4 แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมสหวิชาชีพ

การจัดบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมสหวิชาชีพ มีเป้าหมายคือเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเสมอภาค ให้การดูแลที่เปรียบเสมือนการดูแลคนในครอบครัว โดยมีเป้าประสงค์คือให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและในชุมชน

“บ่มีหยั่งสีให้เฮ็ดเพิ่มเติมดอก เฟ้นเฮ็ดให้ชุ่นแล้ว ชานี้กะดีหลาย เฟ้นบั้งเก็ยเฮา มาจับมาบาย ดูแลปานเป็นลูกเป็นหลาน มีแต่อยากตอบแทนเฟ้น แต่กะบ่มีหยั่งสีให้” (สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 33)

“เฟ้นดูแลเบ็ดทุกคนในครอบครัว เท็งตาเท็งยาย ดูแลปานคนในครอบครัวปานไทเฮือนเดียวกัน บั้งเก็ยเฮาจักเม็ด” (สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 34)

สำหรับกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว PCC ตำบลสะอาด สามารถสรุปออกมาให้เห็นภาพการทำงานที่ชัดเจนได้ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) ดังนี้

##### 1) การเข้าถึงบริการ (Accessibility)

หลักการสำคัญในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียง) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว โดยไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังเป็นผู้ดูแลหลัก ตามศักยภาพของครอบครัวและระดับการพึ่งพิง

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล พบว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น สะดวก และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการเข้าถึงบริการไม่เป็นภาระของผู้ดูแล ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสามารถลดความไม่สบายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นการตรวจตามนัดสามารถรับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทั้งสองแห่ง การรักษาภาวะฉุกเฉินสามารถรับการรักษาและประเมินได้จากทีมหมอครอบครัวที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือแม้กระทั่งรับการตรวจประเมินที่บ้านในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเคลื่อนย้าย ผู้สูงอายุสามารถรับบริการด้านการฟื้นฟูสภาพและทำกายภาพบำบัด อย่างต่อเนื่องได้ที่บ้านและศูนย์ดูแลระยะยาวในชุมชนโดยมีรถรับส่ง



และให้การดูแลโดยนักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การควบคุมของนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

“หมอเพื่อนชอยหลายอย่างเท็งเตียงคนป่วย เท็งเตียงลม เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์สายสวนทุกอย่าง เช่นสายดูดเสมหะ พยาบาลชุมชนจะเบิกมาไว้ให้ที่อนามัย เราก็ก็นำไปรับที่อนามัยเลย เวลายาเบ็ด หรือคนไข้มีเสมหะก็ไปบอกยูอนามัยเลยค๊ะ หมอใหญ่เพื่อนกะสือออกมาตรวจให้เลย เอายามาให้พร้อม” (ผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 5)

“มาตรวจโรคให้ เจาะเลือดให้ที่บ้านเลย เอายามาให้พร้อม ยายยางบ่ได้ กะได้คุณหมอนี้หละมาดูแล ลูกกะทำงานยูไกล ยายยูผุ่เดียวไปโรงพยาบาลกะลำบาก มีหมอมาเบ็งกะดีหลาย มาตรวจความพิการให้ ตั้งแต่ป่วยมาหลายเดือน บ่ได้ไปโรงบาลจ๊กเทื่อ เพื่อนมาเบ็งตลอด” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 7)

“ตอนนี้กะไปศูนย์อาทิตยลหะเทื่อ เพื่อนมาฮับตลอด ขึ้นลิบไปกะคิดฮอดหมอ คิดฮอดหมู่ เพื่อนพาออกกำลังกาย พายืดแข้งยืดขา หัดบริหารขา หัดยาง นวดเท้าให้พร้อม ตอนนี้ ยายยางแก่งแล้วเต้ บ่ต้องจับไม้เท้า” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 13)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ พยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกุญแจสำคัญอีกดอกสำหรับการทำงานในชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลน้ำพองได้ดำเนินการมาเป็นเวลาหลายสิบปี ซึ่งกลไกการได้มาซึ่งพยาบาลชุมชน คือการให้ทุนเรียนฟรีแก่นักเรียนที่เรียนดีและความประพฤติดี โดยคัดเลือกจากเด็กนักเรียนในพื้นที่ เพื่อกลับมาเป็นพยาบาลที่บ้านเกิดโดยมีงบประมาณสนับสนุนจากมูลนิธิพัฒนาคุณภาพชีวิตน้ำพอง ผลลัพธ์คือได้พยาบาลที่รู้จักชุมชน เข้าถึงปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของชุมชนได้อย่างถ่องแท้ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เป็นตัวเชื่อมประสานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ชาวบ้านให้ความไว้วางใจ ส่งผลให้กิจกรรมต่างๆ ของภาครัฐได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านเป็นอย่างดี

“คุณหมอมารตรวจให้ยายยูเฮือน บ่ได้ไปอนามัยจ๊กเทื่อดอก ตรวจให้ เฮ็ดแผลให้เอายามาให้พร้อม คุณหมอบ่เบิกอุปกรณ์เฮ็ดแผลมาให้เป็นประจำ สายสวนกะมาเปลี่ยนให้ตลอด ตรงเวลา รวดเร็ว เวลามียูปัญหาอียัง กะไปหาเพื่อนยูอนามัย บางเทื่อกะไปหาที่บ้านเลย เพื่อนดีหลาย ดึกคืน ยามกลางคืนกะมาเบ็งให้ ยอนว่าคุณหมอเพื่อนเป็นคนบ้านเดียวกันน้า เพื่อนดีหลายบ่ถือโตว่าเป็นหมอ ชอยเหลือเฮาตลอด เป็นหยังกะมาเบ็งให้ บ่รังเกียจเลย” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 18)

## 2) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมักมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง หรือแม้แต่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แต่ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุเช่นเป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย หรือลูกหลานไม่สะดวกพาไปรับบริการเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับยาตามนัดเนื่องจากไม่สามารถไปตามลำพังได้ มีข้อจำกัดในการเดินทางโดยรถสาธารณะ หรือแม้แต่ปัญหาความยากจน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเมื่อมีทีมหมอครอบครัวมาทำงานในพื้นที่สามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขให้แก่ผู้สูงอายุได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับการทำงานของพยาบาลชุมชนอย่างเดียว เนื่องจากการทำงานโดยทีมสหวิชาชีพสามารถลดข้อจำกัดหลายอย่างที่พยาบาลชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่นการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการเกิดแผลกดทับ และส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็วทันการณ์ ซึ่งสามารถลดการสูญเสียได้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และไร้รอยต่ออย่างแท้จริง หรือแม้แต่การให้การดูแลฟื้นฟูหลังเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่บ้าน และการบำบัดที่ศูนย์ดูแลระยะยาวในชุมชน ส่งผลให้สามารถลดความพิการ และผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข เป็นต้น

“ตอนแรกยายกะยางป๋ได้ จักสิเฮ็ดแนวใด ลูกหลานกะพาเฮ็ดบ่เป็น เติ้งบ่มีเวลา เขากะไปทำงานหาหากิน บาดเทือนี่มีหมอมามาเบิ่ง หมอเพิ่นกะดีหลายให้รถเทศบาลมาฮับตลอด มาฮับแต่เช้า ไปยุ่น่าเพิ่นเบ็ดมือ เติ้งหมอไทย เติ้งหมอญี่ปุ่น พาเฮ็ดกายภาพ ตอนแรกๆกะไซ้ไม้เท้า จนตอนนี้ยายกะยางป๋ได้เป็นปกติบ่ได้ไซ้ไม้เท้าแล้ว” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 11)

“เราเข้าไปดูแลต่อเนื่องได้มากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการที่เค้าจำเป็นต้องได้ ยกตัวอย่างเคสมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้านค่าง เราเข้าไปประเมิน pain ประเมินเรื่องยามอร์ฟิน ประเมินแผลกดทับ เคสนั้นก็ค่อยๆดีขึ้น เราปรับโดส ยามอร์ฟิน เราเอามอร์ฟินแบบ syringe driver ไปให้ สัปดาห์ไหนยุ่งมากเยี่ยมบ้านไม่ได้ ก็ให้น้องพยาบาลชุมชนแวะไปดูให้ ตอนนั้นก็คุม pain ได้ ญาติเค้าก็พอใจเพราะเค้าได้พักผ่อน คนไข้ไม่กวน ไม่ปวด” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 1)

“คนไข้บางเคส คุณหมอไปดูแลแล้วก็แอมิทให้ตั้งแต่ที่บ้านเลย เขียนใบแอมิทให้เสร็จ รถเทศบาลก็มารับคนไข้ไปส่งโรงพยาบาลได้ทันที บางเคสจะออกจากโรงพยาบาล ใบส่งตัวยังไม่ถึงแต่เรารู้ก่อนเพราะเรามีพยาบาลชุมชนที่ขึ้นเวรทั้งที่อีอาร์และในวอร์ด” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 6)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พบว่า การดูแลต่อเนื่องในบริบทของการให้บริการของทีมหมอครอบครัวยังหมายถึงความถึงการดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยในรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยเพื่อลดภาวะพึ่งพิง ยกตัวอย่างเช่น การก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจคัดกรองตาและการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งมีการดำเนินการด้วยบุคลากรและเทคโนโลยีที่เทียบเท่ากับการให้บริการที่โรงพยาบาลน้ำพองทุกประการ เมื่อพบความผิดปกติแพทย์สามารถเขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางได้ทันที เป็นต้น

การดูแลแบบ Intermediate care ที่รับผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลขอนแก่น หรือโรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อมาดูแลต่อในชุมชนเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับระบบการดูแลต่อเนื่องขณะป่วย ทั้งนี้การให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน หรือแบบ Home ward นั้น มีผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและญาติ เอื้อต่อการดูแลโดยครอบครัวภายใต้สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และสนับสนุนให้มีการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

### 3) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination)

รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวภายใต้นโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น เอื้อให้เกิดการทำงานในรูปแบบการเชื่อมโยงประสานระหว่างสาขาวิชาชีพ ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม เป็นองค์รวม และมีประสิทธิภาพ เป็นลักษณะการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

การมีทีมที่เข้มแข็งคือจุดเด่นอีกประการในการทำงานของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด บุคลากรสาธารณสุขที่ร่วมทีมไม่มีการแบ่งแยกหรือเกี่ยงงาน ทุกคนทำงานร่วมกันอย่างมุ่งมั่นในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเรียนรู้การทำงานในบทบาทของวิชาชีพอื่นควบคู่ไปด้วย (Skill mix) เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของทีมและให้งานสามารถดำเนินไปได้อย่างลุล่วงถึงแม้จะมีปัญหาด้านความเพียงพอของอัตรากำลังก็ตาม เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขเรียนรู้การจัดยา และแพทย์สามารถทำหน้าที่จ่ายยา และให้คำปรึกษาด้านยาในกรณีที่ขาดเภสัชกร เป็นต้น หรือแม้การกระทั้งยอมเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้บริการผู้ป่วยก็เป็นที่ไปด้วยความเต็มใจ ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายเดียวคือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย และชุมชนที่เข้มแข็งนั่นเอง

“พอ Care Manager (CM) เราทำ care plan เสร็จ care plan ส่วนไหนที่เกี่ยวข้องบุคลากรท่านใด CM ทั้ง 4 คนก็จะประสานงานเพื่อที่จะทำแผนลงเยี่ยมหรือแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาข้อติดก็จะประสานกับนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องยา ก็จะ

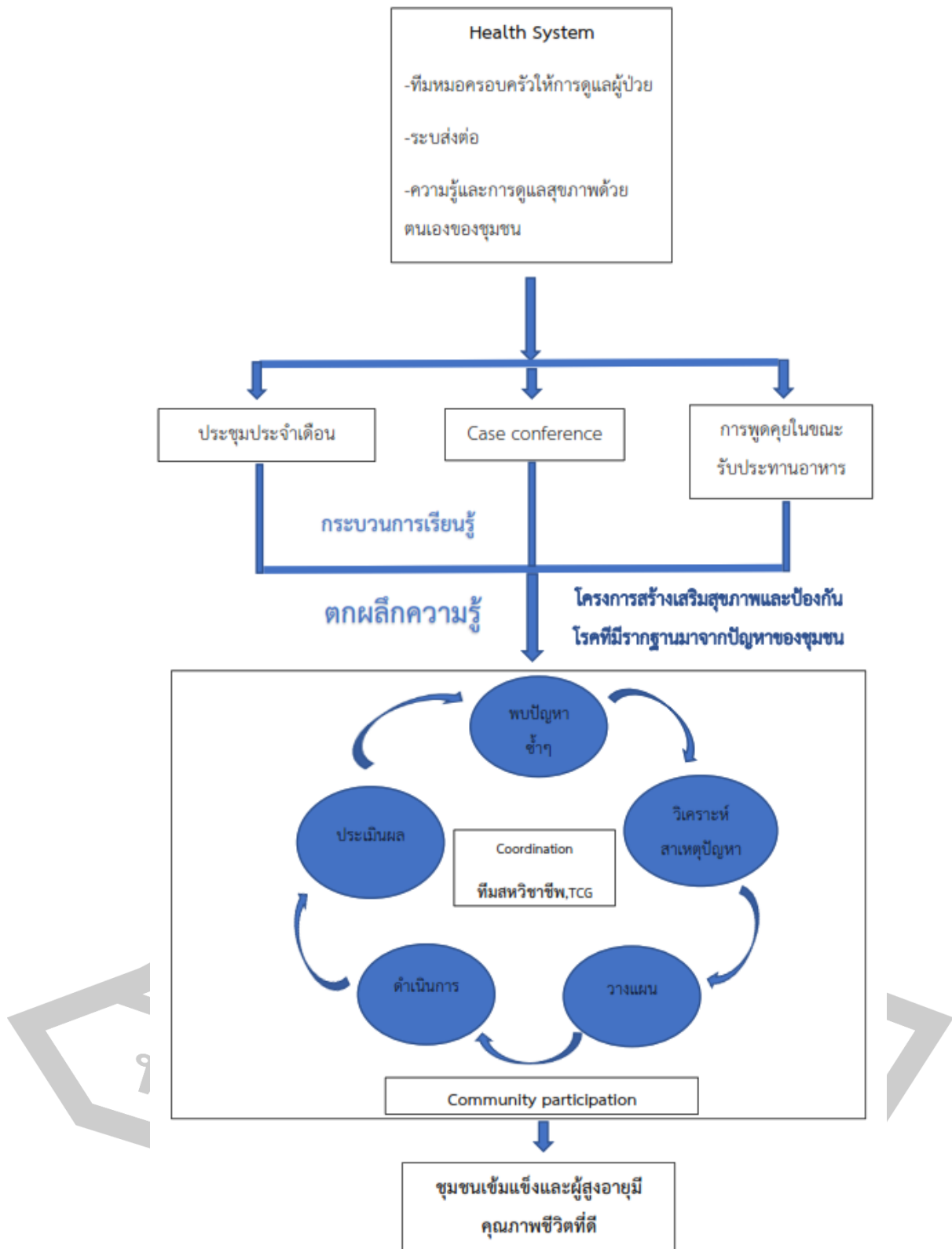
ประสานงานกับเภสัชกรเพื่อจัดตารางลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหา” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลขที่ 2)

“เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้...ป้ได้ย่องเต๊ะ... พูดความจริงนะ ถ้าเป็นที่อื่นจะแย่งงานของ รพ.สต.กับงานของโรงพยาบาลชัดเจนมาก แต่ที่นี่เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ได้เกี่ยง ช่วยกันทำ ก็เลยทำให้งานออกมาดี” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลขที่ 1)

การทำงานเชื่อมโยงประสานระหว่างสหวิชาชีพ เริ่มต้นตั้งแต่ยังไม่มีควมเจ็บป่วยเกิดขึ้น เช่นการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน, โครงการรักษ์ไต ที่มีกิจกรรมสำหรับป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โครงการร้านชำปลอดยาชุดและยาอันตราย เพื่อลดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในชุมชน และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการรักษ์ไตด้วยเช่นกัน ซึ่งโครงการเหล่านี้มีที่มาจากกระบวนการทำงานและการเรียนรู้ปัญหาจากบริบทชุมชน เมื่อทีมมีการตกผลึกความรู้ร่วมกันจึงเกิดกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่ได้คือโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆที่ยังก่อให้เกิดการเชื่อมประสานเป็นวงกว้างออกไปทั้งระหว่างสหวิชาชีพ และการบูรณาการทำงานร่วมกับชุมชน รายละเอียดดังรูปภาพที่ 9

นอกจากนี้ PCC ตำบลสะอาดยังได้รับความร่วมมือจาก JICA (Japan International Coporation Agency) หรือองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆแบบให้เปล่า แก่ศูนย์ดูแลระยะยาวตำบลสะอาด ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการแก่ทีมหมอครอบครัว เช่นจัดอบรม และดูงานให้แก่ LTCM ของตำบลสะอาด ณ สำนักงานใหญ่ประเทศญี่ปุ่น การให้ความช่วยเหลือด้านกำลังคน โดย JICA ส่งนักกายภาพบำบัดมาประจำที่ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว และการให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณในการก่อสร้างศูนย์ดูแลระยะยาว เป็นต้น





ภาพที่ 9 แสดงกระบวนการเชื่อมโยงประสานการทำงานระหว่างสหวิชาชีพในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ

#### 4) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness)

การให้บริการโดยทีมหมอครอบครัวมีลักษณะของการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) อย่างแท้จริง กล่าวคือเป็นทั้งการให้บริการแบบองค์รวม (Holistic care) เนื่องจากมีการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติทั้ง กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม และเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน (Integrated care) กล่าวคือมีการบูรณาการทั้งในเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อข้างต้นและภาพประกอบที่ 9 เช่น การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวได้ว่าแต่ละโครงการนั้นมีที่มาจากบริบทปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง เช่น โครงการรักษาไต ที่เกิดจากการตกผลึกปัญหาที่พบเจอในหน้างานของการตรวจรักษา ทั้งการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง และการสังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานความดันไม่มารับยาตามนัด หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่ต้องการได้ มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารรสเค็มรสจัด ตามวัฒนธรรมการกินของคนอีสาน รวมถึงการใช้ยาชุดแก้ปวด ยาสมุนไพรเร็ว เพื่อบรรเทาความเมื่อยล้าจากการทำงานใช้แรงงานในภาคเกษตร ซึ่งพฤติกรรมทั้งหลายนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไตเสื่อม และโรคไตวายเรื้อรัง เมื่อมีการนำปัญหาเหล่านี้มาวิเคราะห์และอภิปรายในเวทีต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการเช่นประชุมประจำเดือน และที่ไม่เป็นทางการ เช่น ชมระดับรับประทานอาหารร่วมกัน หรือขณะประชุม case conference โดยสหวิชาชีพและTCG จึงเป็นที่มาของการวางแผนเพื่อดำเนินการโครงการในชื่อว่า โครงการรักษาไต ซึ่งมีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างครอบคลุมทุกวิชาชีพ รวมทั้งความร่วมมือจากผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการนำโครงการนี้ลงปฏิบัติในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการอำนวยความสะดวกแก่ทีมที่ทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ความรู้เรื่องอันตรายจากยาชุดให้แก่ผู้ประกอบการร้านชำ รวมถึงการกำหนดมาตรการร่วมกันเป็นมติชุมชน เพื่อลดการจำหน่ายยาชุด เป็นต้น

ทีมหมอครอบครัว PCC ตำบลสะอาด ให้บริการแบบองค์รวม (Holistic care) แก่บุคคลทุกคนที่มารับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนในกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการดูแลที่ “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะมองทุกมิติที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วย รวมถึงการมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เช่นกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกระดูก ซึ่งผู้ป่วยรายนี้อยู่ในชุมชนและถูกค้นพบโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุตามแผนการปฏิบัติงานประจำวัน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุนี้นี้ไม่มีผู้ดูแล จึงไม่ได้รับยาต่อเนื่อง เวลาผ่านไปเกือบเดือน หลังจากค้นพบผู้ป่วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้รายงานไปยังพยาบาลชุมชนเรื่องปัญหาการไม่กินยาของผู้ป่วย และอาการที่ทรุดหนัก ทีมหมอครอบครัวจึงลงพื้นที่เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและปัจจัยแวดล้อมต่างๆ พบว่า สาเหตุที่ทำให้การรักษาไม่บรรลุเป้าหมายเกิดจาก ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นหลักทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา และ

แยกตัวออกมาอาศัยคนเดียวในกระท่อมข้างวัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวภรรยาใหม่ น้อยใจลูกแท้ๆ ที่ไม่มาดูแล และภาวะติดสุราเรื้อรังของผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัวเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้จึงได้ดำเนินการแก้ปัญหาที่ละเอียดอ่อน เช่น ให้การเสริมพลังแก่ผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ภรรยาและลูกติดภรรยา การดูแลเรื่องการกินยาอย่างสม่ำเสมอ จากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่จากทีมหมอครอบครัว จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ความช่วยเหลือด้านกายภาพบำบัด การเข้าถึงกายอุปกรณ์ที่จำเป็น และการระดมแรงงานจากชุมชนเพื่อสร้างห้องน้ำและปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้งบประมาณจากหน่วยงานเอกชนที่บริจาคผ่านมูลนิธิพัฒนาคุณภาพชีวิตน้ำพอง ซึ่งหลังจากการบำบัดฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข (คะแนน ADL เพิ่มจาก 4 เป็น 15 ภายในระยะเวลา 3 ปี) หายจากภาวะติดสุราเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวของภรรยาได้อย่างราบรื่น

“ตอนแรกๆเลย ตาเป็นวันโรคกระดูก ลูกกะบ่ได้ เหล้ากะกิน ดิดเหล้าหลาย ลูกหลานสิเบ็งกะบ่มี มีแต่ลูกติดเมีย เขากะบ่หัวขาเฮา ไทบ้านเพิ่นคิดว่ตาสิตายแล้ว บ่รอดแท้ๆ แต่คุณหมอมามาเบ็ง เอายามาให้ มาเอายาให้กินคุ่มมือ ขึ้นหมอบ่มากะให้ อสม.มา ให้หมอนวดยุอนามัยมาดูแลให้กินยาจนครบ จนเขา ตอนนอนป่วย มีแผลหลายหม่อง เพิ่นกะมาเฮ็ดแผลพร้อม มายืดขาให้พร้อม เพิ่นฝึกให้ด้ายยืดขา ออกก่าลังกาย เฮ็ดกายภาพ เพิ่นบอกตาว่ให้ขยันเฮ็ดเอง บ่ซ่นมันสิยางบ่ได้ ตากะพยายามเฮ็ด ตอนนื้เขาแล้ว บ่เป็นหยัง เหล้ากะเลิกแล้ว เพิ่นมาให้ก่าลังใจตลอด เพิ่นปรังเกียจตา ตากะอยากตอบแทนเพิ่น เฮ็ดตามเพิ่นบอกให้ได้ รถเข็นกะได้หลายคัน แต่ตอนนื้บ่ได้ใช้ดอก พอสิยางได้ยุ ห้องน้ำเพิ่นกะมาเฮ็ดให้ ซื่อหินซื่อปูนมา ไทบ้านกะมาชอยกันเฮ็ด บ่เสียเงินจี้กบาท ตอนนื้เข้าห้องน้ำสะดวกแล้ว นั่งสบายเลย หมอนนื้ดหลาย ตานี้น่านเกิดใหม่ เบี้ยคนพิการกะมาเฮ็ดให้ กะพอได้” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 21)

ตัวอย่างการดูแลด้านจิตวิญญาณของทีมหมอครอบครัว ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังคำกล่าวของสมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 1 ดังนี้

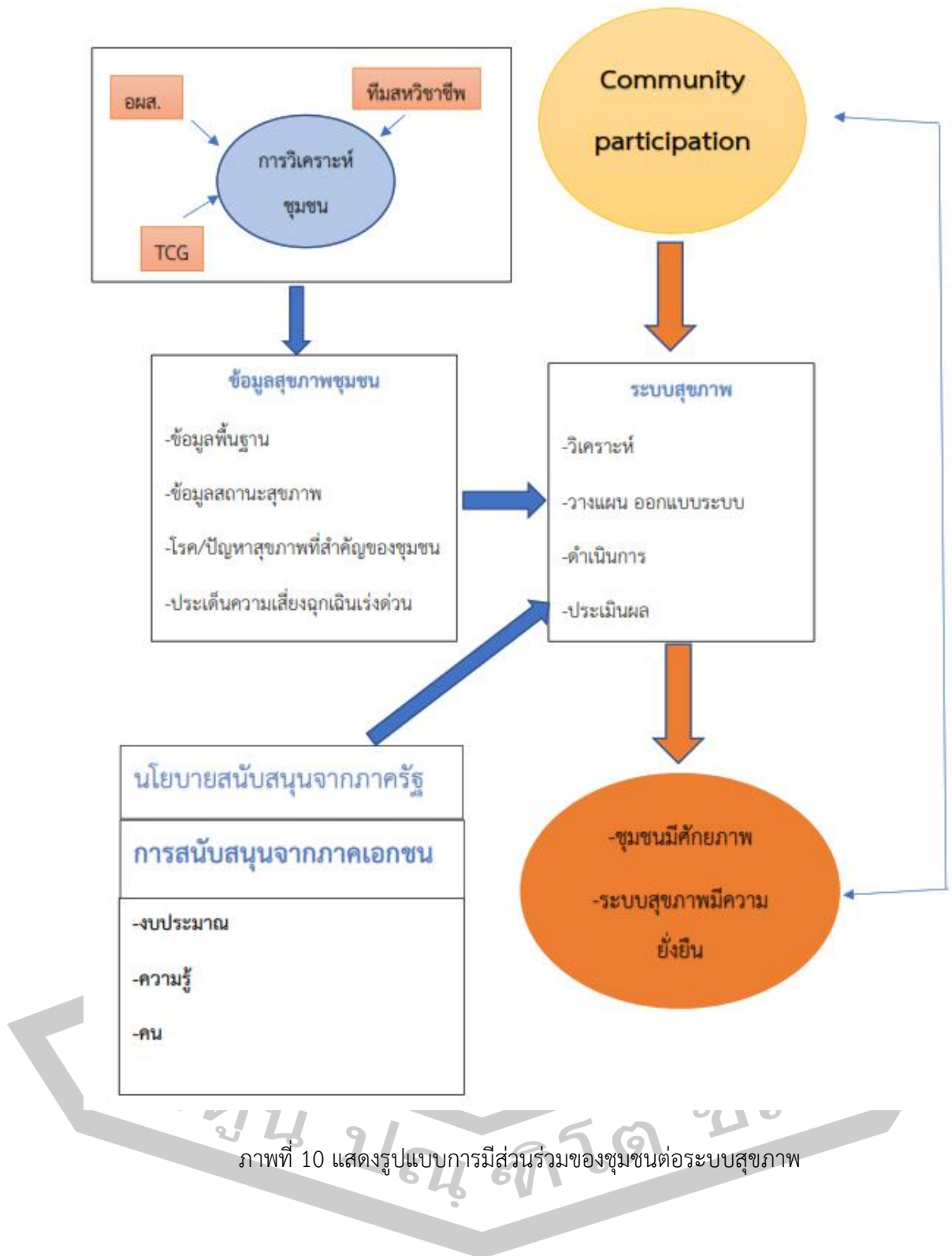
“กรณีเคส palliative เราให้ความสำคัญกับประเด็นด้านจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและญาติ บางทีก็มีการนิมนต์พระสงฆ์มาแสดงธรรม มาให้เค้าทำบุญต่ักบาตรที่บ้าน อย่างเคสล่าสุดนี้เป็นคริสต์ เราก็เชิญผู้นำทางจิตวิญญาณของศาสนาคริสต์มาเสริมพลังให้ ญาติก็แฮปปี้ ผู้ป่วยก็ดูสงบมากขึ้น” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 1)

### 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

ชุมชนเข้มแข็งเป็นทุนที่สำคัญที่สุดของพื้นที่ ตำบลสะอาด ชุมชนมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมายาวนานก่อนที่ภาครัฐจะให้ความสำคัญและมีนโยบายส่งเสริมานหลายสิบปี ในพื้นที่จึงมีทั้งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นจำนวนหลักร้อย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนับสิบคนที่มีส่วนสำคัญในการเข้าถึงคนในชุมชน และปัญหาของชุมชนที่แท้จริง รวมถึงการทำงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐทั้งผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต่างเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุตลอดมา ซึ่งความเข้มแข็งของการดำเนินงานโดยภาคประชาชนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลชุมชน เป็นจุดเด่นที่นำมาซึ่งการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น JICA มูลนิธิโอเอสเอสกา เป็นต้น ดังนั้นการทำงานของทีมหมอครอบครัวในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการรักษาโรค การฟื้นฟูบำบัด และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว







ภาพที่ 10 แสดงรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อระบบสุขภาพ

จากภาพที่ 7 แสดงให้เห็นว่าการที่จะได้มาซึ่งระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืนนั้น สิ่งที่สำคัญนอกเหนือจากการเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของชุมชน ที่ต้องได้มาจากการวิเคราะห์ชุมชนของทีมสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่แล้ว จำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ซึ่งหากมีองค์ประกอบครบถ้วนก็จะทำให้ได้มาซึ่งระบบสุขภาพของชุมชนที่มีความยั่งยืน และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชนต่อไปตั้งแต่ขั้นที่เกิดขึ้นที่ชุมชน ตำบลสะอาด

ดังกล่าวของสมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 2 ที่อธิบายรายละเอียดการทำงานเชื่อมประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพกับชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

“เริ่มแรก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น (พมจ.) มีนโยบายในการพัฒนาแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ซึ่งก่อนหน้าที่ พมจ. จะเข้ามานั้นชาวบ้าน ตำบล สะอาด มีการดำเนินการเรื่องฌาปนกิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุอยู่แล้ว แกนนำผู้สูงอายุจะลงขันกันไปเยี่ยมบ้านสมาชิกที่เจ็บป่วยเนื่องจากยังไม่มียงบประมาณสนับสนุน ต่อมาก็มีกองทุนวันละบาทที่ชาวบ้านทำเป็นกองทุนออมเงินเพื่อดูแลผู้สมาชิก พมจ. เห็นว่ามีทุนเดิมที่ดีอยู่แล้ว จึงมาสนับสนุนเรื่องการจัดอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุ ใจกาเห็นว่ามีอาสาสมัครจึงมาช่วยพัฒนา และให้งบประมาณต่างๆ” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 2)

บทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่น (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสะอาด) ในการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

องค์กรปกครองท้องถิ่น ตำบลสะอาด หรือเทศบาล ตำบลสะอาดเป็นหน่วยงานในพื้นที่ซึ่งให้การสนับสนุนการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งบทบาทหลักของเทศบาล ตำบลสะอาด มีรายละเอียดดังนี้

(1) การกำหนดนโยบายของท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนนโยบายการทำงานด้านผู้สูงอายุของทีมหมอครอบครัว เช่น นโยบายส่งเสริมให้มีการอบรมเพิ่มจำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ นโยบายส่งเสริมการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว เป็นต้น

(2) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น งบประมาณจากกองทุน Long Term Care ซึ่งเป็นงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งงบประมาณในส่วนนี้เทศบาลตำบลสะอาดใช้เป็นงบประมาณในการจ้าง TCG และค่าน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุเพื่อมารับการบำบัดที่ศูนย์ดูแลระยะยาว

(3) การเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่นสำหรับกิจกรรมส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

(4) ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน เช่นการวิเคราะห์ปัญหาไตเสื่อมที่อาจมีสาเหตุจากการใช้ยาชุดของคนในชุมชน จึงเกิดความร่วมมือ ระหว่างเทศบาล ตำบลสะอาด และทีมหมอครอบครัวในการรณรงค์ และเข้มงวดเรื่องการจำหน่ายยาชุดในชุมชน เป็นต้น

(5) จัดตั้งศูนย์ดูแลระยะยาวโดยใช้งบประมาณจาก JICA และเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการการทำงานของศูนย์ฯ ร่วมกับทีมหมอครอบครัว

(6) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุโดยงบประมาณจาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่นโดยจัดกิจกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

ตัวอย่างผลที่เกิดจากการทำงานเชื่อมประสานระหว่างทีมหมอครอบครัวกับชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 21 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคกระดูกและมีปัญหาความยากจน สภาพแวดล้อมของบ้านไม่เหมาะกับการอยู่อาศัย ซึ่งภายหลังได้รับการปรับปรุงสภาพบ้านจากทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดังนี้

“ห้องน้ำเพิ่นกะมาเฮ็ดให้ ซ้อหินซ้อปูนมา ไทบ้านกะมาชอยกันเฮ็ด ปได้จ้างเงินจ๊กบาทตอนนี้เข้าห้องน้ำสะดวกแล้ว นั่งสบายเลย” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายเลข 21)

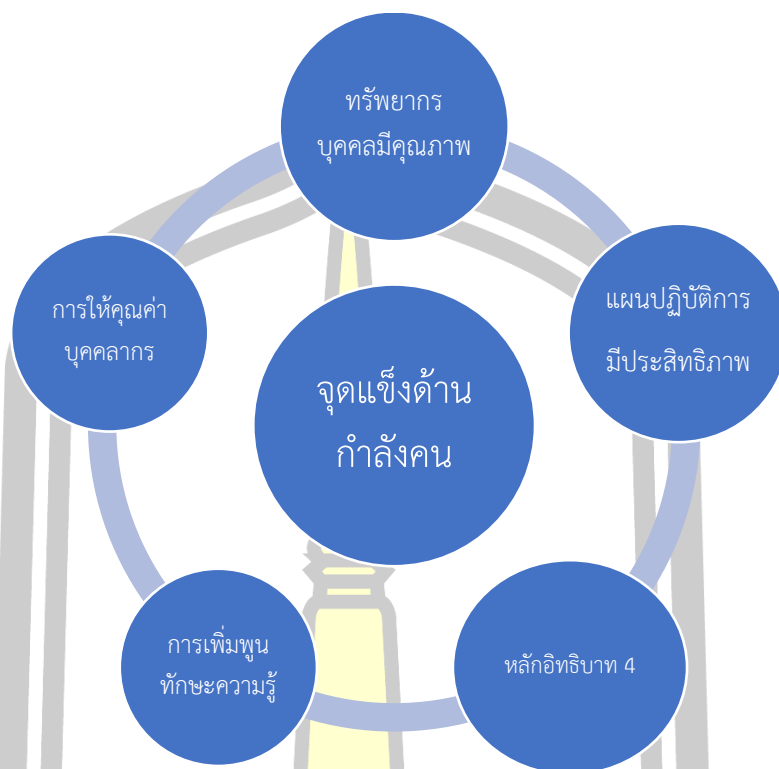
#### 4.1.5 การบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่

ข้อมูลการจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศและเทคโนโลยี ของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด ร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ PCC ตำบลสะอาดมีจุดแข็งที่มีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ ดังแสดงในภาพที่ 11 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1) ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ

ทรัพยากรบุคคลนับเป็นจุดแข็งของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว เนื่องจากประกอบไปด้วยสมาชิกทีมที่มีความรู้ความสามารถ มีอาสาสมัครทั้งแบบ TCG และ อสม. ที่สามารถทำงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชนที่ซึ่งเป็นคนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริบทสุขภาพของชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง Care Manager ที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะทั้งจากกระทรวงสาธารณสุขและ JICA อาสาสมัครจาก JICA ที่บทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมด้านฟื้นฟูและบำบัดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศูนย์ดูแลระยะยาว และการจัดกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ณ เทศบาลตำบลสะอาดและพร้อมแบ่งปันองค์ความรู้ให้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในทีม



ภาพที่ 11 แสดงปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดแข็งด้านกำลังคน

### 1.2) แผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากการมีสมาชิกทีมที่มีคุณภาพแล้ว ประเด็นสำคัญของการบริหารจัดการกำลังคน คือ การจัดทำแผนปฏิบัติการของ Care Manager ซึ่งการจัดทำแผนที่มีประสิทธิภาพนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางของการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรด้านกำลังคนอย่างคุ้มค่ามากที่สุด เนื่องจากประเด็นปัญหาหลักของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว คือ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคล เนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคนที่มีบทบาทหน้าที่ที่หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ประจำทีมหมอครอบครัว ต้องรับผิดชอบทั้งงานของ PCC งานตรวจรักษาที่โรงพยาบาล งานคุณภาพของโรงพยาบาล การเป็นอาจารย์ประจำแหล่งฝึกให้แก่แก่นักเรียนแพทย์ การทำหน้าที่เป็นวิทยากรด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นการบริหารจัดการที่ดีจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่การทำงานภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าวได้เป็นอย่างดี เช่น การจัดตารางเยี่ยมบ้านและประเมินผู้สูงอายุติดเตียงโดยแบ่งกลุ่มที่สามารถดำเนินการได้โดยทีมสหวิชาชีพไม่จำเป็นต้องมีแพทย์ และกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านและประเมินโดยแพทย์ เป็นต้น

### 1.3) การทำงานด้วยหลักอิทธิบาท 4

อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทำให้ผู้วิจัยพบว่า สาเหตุที่ทำให้ทรัพยากรบุคคลกลายเป็นจุดแข็งของทีมคือการทำงานโดยยึดหลัก อิทธิบาท 4 เพื่อสร้างการทำงานให้เป็นสุข ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.3.1) ฉันทะ หรือความพอใจ กล่าวคือสมาชิกทีมหมอบรรคครัวทุกคนต่างมีความศรัทธาต่องานที่ทำอยู่ และมีความสุขต่อการทำงานที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากยึดหลักที่ว่า “ผู้ป่วยเป็นญาติ” บุคลากรเหล่านี้สำนึกอยู่ตลอดเวลาว่าผู้ป่วยเป็นญาติไม่ใช่ภาระ การทำงานไม่ใช่สิ่งที่ต้องรีบทำเพียงเพื่อให้เสร็จไปในแต่ละวัน แต่คือการดูแลญาติมิตรที่ต้องทำให้ดีที่สุด

1.3.2) วิริยะ หรือความพากเพียร กล่าวคือสมาชิกทีมหมอบรรคครัวทุกคน ทุกคนต่างทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงหมั่นฝึกฝนตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น พวกเขาต่างทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ หรือแม้แต่กำลังทรัพย์ในบางครั้ง เพื่อให้การทำงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เช่นการสร้างห้องน้ำให้ผู้สูงอายุ ซึ่งในบางครั้งจำเป็นต้อง “ลงขัน” ช่วยกันหากงบประมาณที่ได้รับจากเทศบาลหรือองค์กรเอกชนไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วง

1.3.3) จิตตะ หรือความเอาใจใส่ กล่าวคือสมาชิกทีมหมอบรรคครัวต่างเป็นผู้ที่เอาใจใส่ต่องานที่ทำ มีใจจดจ่อต่องานที่ทำ มีความรอบคอบ และความรับผิดชอบในงานอย่างเต็มสติกำลัง ยกตัวอย่างเช่น เมื่อพบว่าในพื้นที่มีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก ซึ่งมีหลายรายที่ต้องรักษาด้วยยาบรรเทาอาการปวดกลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด สมาชิกในทีมก็มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถช่วยทีมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเภสัชกร มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับขนาดยาเพื่อควบคุมอาการปวด การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่สมาชิกในทีมเพื่อให้เกิดทักษะร่วมกัน เป็นต้น

1.3.4) วิมังสา หรือความหมั่นไตร่ตรองพิจารณาหาเหตุผลในงานที่ทำ ทำงานด้วยปัญญา ด้วยสมมติคิด รวมถึงเข้าใจในงานอย่างลึกซึ้ง ทั้งในแง่ขั้นตอนและผลสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ของงาน ยกตัวอย่างเช่นการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแต่ละโครงการ ต่างมีที่มาจากการศึกษาทบทวนปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก หรือการดำเนินงานของทีมเพื่อฟื้นฟูผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลระยะยาว ก็ได้มุ่งเน้นเฉพาะการฟื้นฟูทางด้านกายภาพเท่านั้น แต่ยังมีฟื้นฟูสภาพจิตใจทั้งของผู้สูงอายุและญาติไปพร้อมๆ กันด้วย

“ชาวบ้านช่วยแรง เราก็ช่วยออกเงินบ้างคนละเล็กคนละน้อย ตามกำลัง บางทีทำกันจนมีดค่ากว่าจะเสร็จ แต่ก็ไม่มีใครบ่น” (สมาชิกทีมหมอครอบครัว หมายเลข 8)

“วันไหนไม่มีคิวเป็นวิทยากรที่อื่น ก็จะออกมา มันอยากออก มันมีความสุขที่ได้ออกมาทำงาน คือมันอยากมาทำงาน ถึงแม้มันจะเหนื่อยแต่ก็อยากทำ” (สมาชิกทีมหมอครอบครัว หมายเลข 2)

“ตั้งแต่มาอยู่ที่นี้หนูจะมองภาพต่างออกไป ไม่ได้แบ่งแยกกันว่าเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของอนามัย ทุกคนมองว่าคนไข้คือเป้าหมายของการทำงาน คือเวลาที่คนไข้มา แต่หมอไม่มา แต่การรักษาที่ยังคงอยู่ ถึงวันนั้นพวกหนูไม่อยู่อนามัย มีแต่พยาบาลชุมชนหรือคุณหมอมาร วันนั้นไม่มีใครว่างเลย การรักษาคอนไชน์คือเป้าหมาย มันไม่ได้แบ่งแยกกันว่าฉันแค่มาทำงานอนามัย ฉันมาทำงานของฉัน ฉันก็จะทำแค่นี้ เธอก็ทำงานของเธอ โดยรวมแล้วคือคนไข้ต้องมาก่อนเสมอ” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 7)

#### 1.4) การอบรมเพิ่มพูนทักษะ และความรู้

การพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมเพิ่มพูนทักษะ และความรู้สำหรับบุคลากรทีมหมอครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวได้รับความรู้หรือทักษะใหม่ หรืออาจเป็นการทบทวนความรู้/ทักษะเดิมให้ถูกต้องตามมาตรฐานโดยผ่านกระบวนการอบรม ศึกษาดูงาน ฝึกปฏิบัติงานหรือการเรียนรู้หน้างาน ซึ่งการเพิ่มพูนทักษะความรู้ที่จำเป็นแก่ทีมหมอครอบครัวมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถให้บริการแก่ประชาชนและผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การเพิ่มพูนทักษะความรู้ทั้งทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของ PCC ตำบลสะอาด มี 2 รูปแบบดังนี้

1.4.1) แบบเป็นทางการ ได้แก่ การอบรมผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Long Term Care Manager), การอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ภาคทางการจากกระทรวงสาธารณสุข (Trained Care giver), อบรมและศึกษาดูงานที่ Japan International Cooperation Agency ณ ประเทศญี่ปุ่น และการประชุมประจำเดือนเพื่อแชร์ประสบการณ์ ค้นหาปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหา

1.4.2) แบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การเรียนรู้หน้างาน, การใช้ระบบพี่เลี้ยง เช่น การสอนเทคนิคทำกายภาพเฉพาะราย, การแลกเปลี่ยนความรู้ทางไลน์, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขณะรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีกระบวนการจัดการความรู้ ที่เกิดจากการรวบรวม การจัดระเบียบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อมีการศึกษาดูงานจากหน่วยงานจากภายนอก เนื่องจากทีมหมอครอบครัว PCC ตำบลสะอาด เป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงผู้

พิการ ที่มีหน่วยงานต่าง ๆ มาศึกษาดูงานอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดการตกลึกซึ้งข้อมูล นำไปสู่การพัฒนาาระบบให้บริการอย่างต่อเนื่อง

#### 1.5) การให้คุณค่าบุคลากร

การให้คุณค่าบุคลากรทุกระดับ ก่อให้เกิดความผูกพันของทีมงาน เกิดความสุขในการทำงาน ส่งผลต่อความเข้มแข็งของทีมและการสร้างแรงจูงใจหรือเกิดความร่วมมือในการทำงาน

1.5.1) มีการสร้างแรงจูงใจต่องานที่ทำ ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานและได้ผลงานที่ดี บุคลากรมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มากกว่าคิดถึงความสะดวกสบายของตนเอง

1.5.2) สร้างความผูกพันต่อทีม วิเคราะห์ปัญหาส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการทำงาน และแก้ปัญหาโดย Long Term Care Manager และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.5.3) มีกระบวนการยกย่องชมเชย ร่วมกันชื่นชมเมื่อทำดี ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

1.5.4) ให้อำนาจตัดสินใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมายภายใต้บทบาทของวิชาชีพ หรือการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

1.5.5) ให้ความสำคัญ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

1.5.6) สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ทั้งเรื่องสภาพแวดล้อม การถ้อยทีถ้อยอาศัย และการไม่ตำหนิติเตียนผู้ร่วมงาน

“คนอาจจะมองว่า PCC ของเรามันเข้มแข็ง ก็เพราะว่าเป้าหมายของเราไม่ได้อยู่ที่ตัวเรา เราไม่ได้ทำงานเพื่อตัวเอง แต่เราทำงานเพื่อสังคม” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 6)

#### 2) ระบบข้อมูลสารสนเทศ

หน่วยบริการด้านสุขภาพที่มีระบบการจัดการข้อมูล และระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถรับรู้ และเข้าใจบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่งความยั่งยืนของระบบสุขภาพของชุมชน

##### 2.1) จุดแข็งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของทีม

###### 2.1.1) ระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วยตามแผนปฏิบัติการรายบุคคล (care plan)

การจัดทำแผนปฏิบัติการรายบุคคลโดย Long Term Care Manager มีประโยชน์อย่างมากในการติดตามประเมิน และดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เนื่องจากเป็นแผนปฏิบัติการที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการสะท้อนข้อมูลผลการดูแล

เพื่อปรับปรุงข้อมูลทุกเดือน ทีมสามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของระดับการพึงพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย

2.1.2) การจัดการข้อมูลในภาพรวมเพื่อประเมินความต้องการทางสุขภาพของชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลจากการปฏิบัติงานของสมาชิกทีม ส่งผลให้เกิดความเข้าใจบริบท และความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และชุมชน จึงโครงการที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพ เช่น โครงการรักษั้ไต โครงการส่งเสริมร้านชำไม่ขายยาชุด เป็นต้น เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง และได้รับความร่วมมือจากชุมชนอย่างแท้จริง

2.2) จุดอ่อนที่ไม่สามารถมองข้าม

อย่างไรก็ตามการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของนโยบายหมอครอบครัว และนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) ทำให้พื้นที่ไม่สามารถพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการทำงานในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที ดังนั้นจึงพบว่าระบบข้อมูลและระบบสารสนเทศ ได้กลายเป็นจุดอ่อนของการทำงานไปโดยปริยาย มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1) การให้ความสำคัญกับเรื่อง “คีย์ข้อมูล” ได้กลายเป็นภาระของบุคลากร เนื่องจากภาระงานที่มาก แต่ข้อมูลที่คีย์ส่งระบบไม่สามารถนำมาใช้งานได้จริง

2.2.2) ระบบสารสนเทศของ PCC ตำบลสะอาด ที่ไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลกลายเป็นปัญหาหลักของการให้บริการ เนื่องจากทีมหมอครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ และทีมโรงพยาบาลก็ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นที่ PCC เช่นกัน ทำให้เกิด “ภาวะชงกั้นทางข้อมูล” ซึ่งนำมาสู่ความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูผู้ป่วย

2.2.3) ไม่มีการใช้ข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกันอย่างแท้จริง มีการแยกเก็บข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ เช่นเภสัชกรเก็บข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่วนนักกายภาพเก็บข้อมูลการฟื้นฟูบำบัด เป็นต้น ส่งผลถึงการดูแลที่เป็นองค์รวมอย่างแท้จริงเป็นไปได้ยากลำบาก

2.2.4) ปัญหาการส่งข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า PCC ไม่สามารถเข้าถึงรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เนื่องจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลนำพอง และ PCC เป็นคนละระบบ ดังนั้นจึงต้องแก้ปัญหาโดยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แทน ซึ่งเสียเวลาและไม่เกิดการเชื่อมต่อย่างแท้จริง

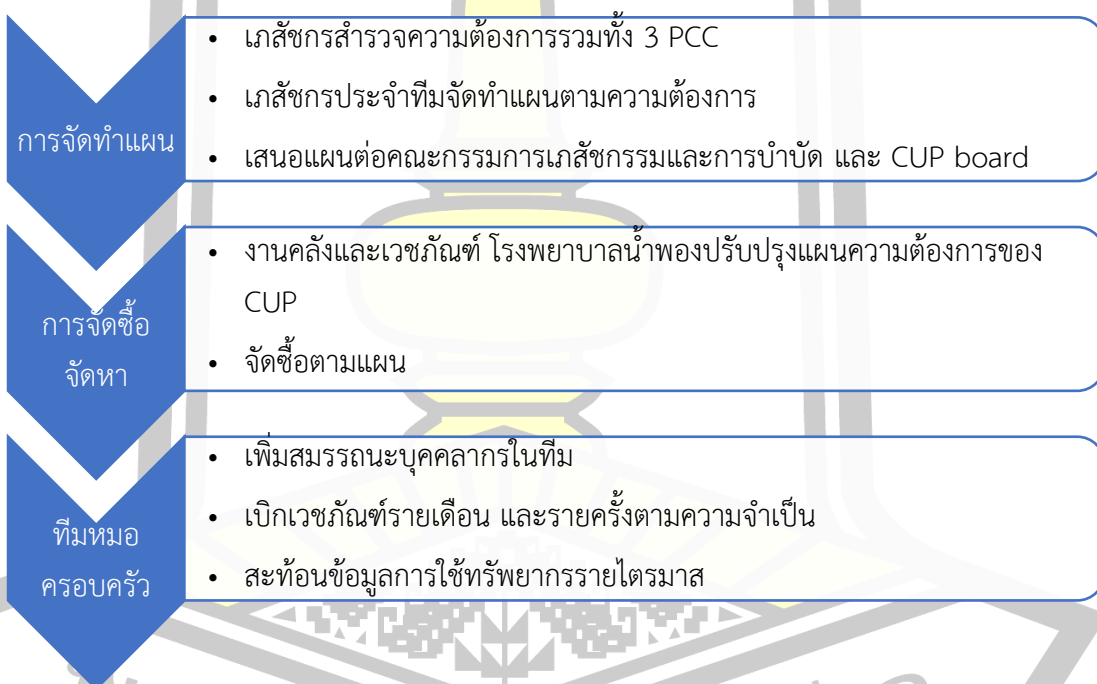


“เรามีปัญหามากจะเกี่ยวกับประวัติยาของคนไข้ เพราะเราเข้าดูระบบยาของโรงพยาบาลไม่ได้ ก็แก้ปัญหาด้วยการเขียนรายการยาในสมุดประจำตัวเบาหวานบ้าง แต่ถ้าคนไข้ไม่ได้พกสมุดมาก็ด้วยก็ต้องยอมรับว่าข้อมูลก็จะไม่ได้อัปเดต อีกปัญหาที่พบบ่อยคือ เวลาคนไข้ของเราไปแอดมิทที่โรงพยาบาล หมอกับเภสัชที่โรงพยาบาลจะหงุดหงิดมาก เพราะตามประวัติยาเดิมยากมาก” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 4)

“ผมค่อนข้างให้ความสำคัญกับเรื่องแล็บมาก..... แต่ก็ยอมรับนะว่าผลแล็บนี้รู้เฉพาะผม เภสัชก็ไม่ว่าน พยาบาลก็ไม่ว่าน” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 1)

### 3) เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ รวมถึงวัคซีนที่มีให้บริการโดยทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาด ซึ่งวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ได้รับการจัดสรรให้มีใช้อย่างเพียงพอ และครบถ้วนโดยมีกลไกดังนี้



ภาพที่ 12 แสดงการบริหารจัดการเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

จากภาพที่ 9 แสดงการบริหารจัดการเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากงบประมาณในการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ของเครือข่ายหน่วยบริการ อำเภอ น้ำพอง ไม่ได้

เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ เริ่มจากกระบวนการสำรวจความต้องการการใช้เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ของแพทย์ประจำ PCC ทั้ง 3 แห่ง จากนั้นเภสัชกรทำการรวบรวมรายการยาและเวชภัณฑ์ (ไม่เก็กรอรายการเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลน้ำพอง) รวมถึงประมาณการจำนวนที่ต้องใช้ตลอดทั้งปีเพื่อจัดทำแผนเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการเครือข่ายหน่วยบริการ อำเภอ น้ำพอง หลังจากนั้นจึงส่งแผนความต้องการใช้ดังกล่าวให้งานคลังและเวชภัณฑ์ เพื่อจัดซื้อและเบิกจ่ายต่อไป ในส่วนของทีมหมอครอบครัวจะจัดให้มีบุคลากรที่มีสมรรถนะในการใช้ เช่น จัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการผู้ป่วย และจัดให้มีการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การอบรมเพิ่มพูนทักษะการเปลี่ยนสายสวนให้แก่ TCG, การให้ความรู้ด้านยาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้สามารถช่วยงานเภสัชกรได้ เป็นต้น ซึ่งการเบิกเวชภัณฑ์จะทำการเบิกรายเดือน ยกเว้นกรณีมีความต้องการเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการยามอร์ฟินแบบฉีดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อระงับอาการปวด ทีมหมอครอบครัวจะประสานแพทย์ประจำทีมเพื่อดำเนินการเบิกยาให้ด่วนเพื่อให้ทันต่อความต้องการใช้ และประสานพยาบาลประจำหน่วยดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้คำแนะนำกรณีจำเป็น เป็นต้น ทั้งนี้เภสัชกรประจำทีมมีหน้าที่ต้องรวบรวมข้อมูลการใช้ทั้งในแง่ของปริมาณและรายการ เพื่อปรับปรุงให้เกิดความเพียงพอเหมาะสม

#### 4) กลไกการบริการจัดการด้านการเงิน

จากการเก็บข้อมูลพบว่า เงินไม่ใช่อุปสรรคในการเข้าถึงบริการของทีมหมอครอบครัว ประชาชนทุกเพศ ทุกวัยสามารถเข้าถึงบริการของหมอครอบครัวได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ถึงแม้ว่าในบางครั้งงบประมาณจากกองทุนจะเป็นงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การให้บริการของทีมหมอครอบครัวกลับไม่ได้จำกัดอยู่แค่ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ผู้สูงอายุเท่านั้น หากพบผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาอื่นๆ เช่น เบิกได้จากกรมบัญชีกลาง หรือ เบิกได้จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น กระบวนการดูแลรักษาที่ไม่ได้หยุดซ้ง เพราะหลักการทำงานคือมองผู้ป่วยทุกคนเป็นญาติ และการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการจากโรคเส้นเลือดในสมองตีบและโรครูมาตอยด์ อาศัยอยู่บ้านคนเดียวเนื่องจากลูกสาวรับราชการครูอยู่ต่างจังหวัดไม่ค่อยได้กลับมาดูแล แต่ถึงแม้จะไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและเท่าเทียมกับผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้กล่าวไว้ดังนี้

“ยายอยู่เอื่อนคนเดียว ลูกเขาจะเป็นครูอยู่พุ้น จังหวัดหนองบัวฯ ตอนล้มใหม่ๆ นี้ลำบากหลาย ไปโรงบาลบ่ได้ ลูกยางบ่ได้ ลูกกลางานบ่ได้ กะได้คุณหมอพินมาดูแล มาเฮ็ดกายภาพ พาพลิกโตบให้เก็ดผลกตบับ จนยายดีขึ้นหลาย ตอนนี่กะพอยางได้ไซ้ไม้เท้าหัดยง เพ็นกะมาหา เอายามาให้ตลอด” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายเลข 2 )

#### 4.1) แหล่งที่มาของงบประมาณ

4.1.1) กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นงบประมาณสำหรับส่งเสริมป้องกัน พิ้นฟู ผู้ป่วย 3 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กเล็ก โดยงบประมาณส่วนนี้สามารถเบิกมาทำโครงการได้ 15% ของงบประมาณในกองทุนทั้งหมด ดังนั้นจึงสามารถใช้ได้จำกัด เนื่องจากต้องใช้ร่วมกันทั้งสามกลุ่มเป้าหมาย พบว่าหากปีไหนเขียนโครงการช้า ก็ไม่ได้เงินมาทำโครงการเนื่องจากงบบหมด

“ค่อนข้างเป็นปัญหามากค่ะ เพราะประเด็นสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของชุมชนคือการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคก่อนป่วย แต่บส่วนนี้กลับมีน้อยมาก แถมยังต้องแย่งกันใช้อีก” (สมาชิกทีมหมอครอบครัวหมายเลข 2)

4.1.2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (หรือเรียกสั้นๆว่า กองทุน Long Term Care) กองทุนประเภทนี้เป็นเงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เบิกจ่าย 5,000 บาทต่อรายต่อปี ซึ่งงบประมาณส่วนนี้โอนมาที่เทศบาล ตำบลสะอาด บริหารจัดการโดยเทศบาล เช่น ค่าจ้าง TCG ในการดูแลผู้สูงอายุ, ค่าน้ำค่าไฟของศูนย์ดูแลระยะยาว และค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุเพื่อมารับการบำบัดที่ศูนย์ดูแลระยะยาว เป็นต้น

4.1.3) กองทุนสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ของบริษัทโอสถสภา ซึ่งมอบไว้ให้มูลนิธิพัฒนาคุณภาพชีวิตน้ำพอง มูลค่า 300,000 บาท เมื่อปี พ.ศ.2556 ซึ่งงบประมาณส่วนนี้ LCM สามารถเขียนโครงการขอใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยากไร้ ได้รายละเอียด 3,000 บาท

4.1.4) กองทุนส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ จาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่นโดยเทศบาลเป็นผู้เขียนโครงการขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน สามารถเบิกได้ 2,000 บาทต่อรายต่อปี

4.1.5) เงินบริจาคจากแหล่งอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ชาวบ้าน และสมาชิกทีมหมอครอบครัว ในกรณีที่ต้องใช้เงินเร่งด่วน ไม่สามารถเขียนโครงการของงบประมาณได้ทัน เช่น พบผู้สูงอายุติดเตียง มีความต้องการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปอย่างเร่งด่วนแต่ไม่มีงบประมาณสนับสนุน จะเกิดการเรียกรื้อขึ้นในชุมชนเพื่อ “ลงขัน” แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เป็นต้น

## 4.2 ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคลินิกในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมบริการและญาติผู้ดูแล

### 4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกในการทำวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 149 คน แต่ผู้สูงอายุจำนวน 112 คน ถูกตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากค่า Barthel ADL Index เริ่มต้นเข้าร่วมโครงการสูงกว่า 12 ซึ่งไม่ถูกจัดเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงตามคำจำกัดความของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นจึงเหลือผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 37 คน (n=37) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 5 - 11 จำนวน 29 คน และกลุ่มติดเตียง Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 0 - 4 จำนวน 8 คน อายุเฉลี่ย 80.81 ปี มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 - 5 โรค ข้อมูลลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (ร้อยละ) [n=37]
1. เพศ	
ชาย	14 (37.84)
หญิง	23 (62.16)
2. อายุ (เฉลี่ย ± SD)	80.81 ± 8.06
MIN - MAX	63 - 97
3. ศาสนา	
พุทธ	37 (100)
4. ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	6 (16.22)
ระดับประถมศึกษา	30 (81.08)
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	0
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1 (2.70)
ระดับปริญญาตรี	0
สูงกว่าปริญญาตรี	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (ร้อยละ) [n=37]
5. สถานภาพสมรส	
โสด	0
คู่	12 (32.43)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1 (2.70)
เสียชีวิต	24 (64.86)
6. มีการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้	2 (5.41)
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
< 5,000 บาท	37 (100)
8. ความเพียงพอของรายได้ประจำ	
เพียงพอ	20 (54.05)
ไม่เพียงพอ	17 (45.95)
9. สถานะเงินเก็บ	
มีเงินเก็บ	5 (13.51)
ไม่มีเงินเก็บ	32 (86.49)
10. การเป็นหนี้	
มีหนี้สิน	9 (24.32)
ไม่มีหนี้สิน	28 (75.68)
11. อาศัยอยู่บ้านคนเดียว	1 (2.70)
12. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	
เฉลี่ย $\pm$ SD	1.86 $\pm$ 1.87
MIN - MAX	1 - 10

ข้อมูลจากตารางที่ 6 แสดงลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 80.81 ปี พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 62.16) ผู้สูงอายุทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.08) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.4) ร้อยละ 97.30 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีเพียง 1 รายที่อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง โดยร้อยละ 64.86 คู่

สมรสเสียชีวิตแล้ว ส่วนข้อมูลด้านการประกอบอาชีพและเศรษฐกิจ พบว่ามีผู้สูงอายุเพียง 2 ราย (ร้อยละ 5.41) ที่มีการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้นอกเหนือจากรายได้ที่ได้รับจากเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 37 รายมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และส่วนใหญ่ไม่มีเงินเก็บสำรองสำหรับใช้จ่ายในยามจำเป็น ซึ่งพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีหนี้สินเนื่องจากการกู้ยืม 9 ราย

ตารางที่ 7 สถานะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) [n=37]
1. การมีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว 1 โรค มีโรคประจำตัว 2 โรค มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป	1 (2.70) 8 (21.62) 15 (40.54) 13 (35.14)
2. ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD MIN - MAX	7.87 $\pm$ 4.49 1 - 20
3. เป็นผู้พิการ	27 (72.97)
4. ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	19 (52.78)
5. จำนวนรายการยาประจำ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	3.46 $\pm$ 2.90
6. โรคประจำตัว โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน โรคกระดูกเสื่อม โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคไตเสื่อม อื่นๆ	4 (4.71) 11 (12.94) 20 (23.83) 4 (4.71) 2 (2.35) 10 (11.76) 4 (4.71) 11 (12.94) 3 (3.53) 2 (2.35) 14 (16.47)
7. คะแนน Barthel ADL Index เมื่อเริ่มเข้าร่วมโครงการ 5 - 11 0 - 4	29 (78.38) 8 (21.62)

ตารางที่ 7 แสดงสถานะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีเพียง 1 รายที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 35.14 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ซึ่งมีรายการยาที่ต้องใช้ประจำเฉลี่ยคนละ 3.46 รายการ ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดพบว่าเป็นผู้พิการร้อยละ 72.97 มีประวัติเคยเกิดโรคเส้นเลือดสมอง (stroke) ร้อยละ 52.78 ซึ่งสอดคล้องกับการมีโรคประจำตัวที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเส้นเลือดสมอง คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.83 และโรคเบาหวานร้อยละ 12.94 ค่า Barthel ADL Index เริ่มต้นเข้าร่วมโครงการ Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 5 – 11 (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 29 คน และ Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 0 - 4 (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 8 คน

#### 4.2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มตัวอย่าง จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำพองทั้งแบบกระดาษและแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยแบ่งเก็บแยกเป็นช่วงเวลาก่อนที่จะได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวคือตั้งแต่วันที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 และช่วงเวลาหลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวคือตั้งแต่วันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 31 เดือนตุลาคม พ.ศ.2561 ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว

ผลลัพธ์ทางคลินิก	n	ก่อน	หลัง	p-value
1. GFR (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	13	53.52 ± 27.04	55.01 ± 27.91	0.687 <sup>†</sup>
2. Barthel ADL Index	37	6.78 ± 3.20	10.68 ± 6.08	0.0001 <sup>†</sup>
3. % HbA1C	2	7.30 ± 0.56	7.15 ± 2.19	0.917 <sup>†</sup>
4. LDL-Cholesterol (mg/dl)	4	109 ± 52.26	107.75 ± 29.04	0.945 <sup>†</sup>
5. Triglyceride (mg/dl)	4	201.75 ± 70.41	171.50 ± 77.50	0.372 <sup>†</sup>
6. จำนวนครั้ง OPD visit	37	1.75 ± 1.36	1.44 ± 1.09	1.000 <sup>δ</sup>

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	n	ก่อน	หลัง	p-value
7. จำนวนครั้ง ER visit	37	1.22 ± 1.20	2.4 ± 3.85	0.050 <sup>o</sup>
8. จำนวนครั้ง admit	37	1.75 ± 0.89	2.12 ± 0.99	0.184 <sup>+</sup>
9. จำนวนวันนอน	37	8.62 ± 6.34	8.89 ± 9.18	0.166 <sup>o</sup>
10. จำนวน DRP	14	1.21 ± 0.42	1.28 ± 0.61	0.317 <sup>o</sup>

+ ทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test เนื่องจากมีการกระจายตัวแบบปกติ

<sup>o</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

จากตารางที่ 8 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว พบว่า มีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ ได้แก่ ข้อมูลการแข็งตัวของเลือด (INR) เนื่องจากผู้ป่วยมาได้รับการตรวจติดตามผลการรักษาตามแนวทางการรักษาจึงไม่มีผลการตรวจเพื่อนำมาแสดงดังกล่าว ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ แสดงดังตาราง ผู้วิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแสดงระดับภาวะพึ่งพิง (Barthel ADL Index ) ก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 6.78 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 และหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว 10.68 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.08 ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p value = 0.0001)

นอกจากนี้จากตารางที่ 8 ยังแสดงให้เห็นว่าหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER visit) โดยไม่ได้วางแผนเพิ่มสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล ก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 1.22 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.20 และหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว 2.4 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.85 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p value = 0.050) ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น และภาวะแทรกซ้อนสามารถถูกพบได้อย่างรวดเร็วจากที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวนั่นเอง

#### 4.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการศึกษานี้ใช้แบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินสองส่วน ส่วนแรกประเมินมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน และส่วนที่สองคือการประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analogue Scale: VAS) ดังแสดงในตารางที่ 9 ซึ่งคะแนนจากการประเมินในส่วนแรกนั้นจะถูกนำมาคำนวณเป็นคะแนนอรรถประโยชน์



(utility) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 0 หมายถึงเสียชีวิต 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด และติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead)

ตารางที่ 9 คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L

คะแนนคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD [n=37]
มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน	
1. มิติการเคลื่อนไหว	4.14 $\pm$ 1.03
2. มิติการดูแลตนเอง	3.73 $\pm$ 1.45
3. มิติกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	2.94 $\pm$ 1.43
4. มิติความเจ็บปวด	2.94 $\pm$ 1.43
5. มิติความกังวล	2.68 $\pm$ 1.43
คะแนนอรรถประโยชน์	0.22 $\pm$ 0.03
Visual Analogue Scale: VAS MIN - MAX	45.14 $\pm$ 30.94 0 - 100

จากตารางที่ 9 แสดงค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 37 คน ช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยคะแนน 1 หมายถึงไม่มีปัญหาในด้านนั้นๆ คะแนน 5 หมายถึงมีปัญหามากที่สุด พบว่ามีมิติที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตแย่ที่สุด ได้แก่ มิติการเคลื่อนไหว ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 รองลงมาคือ มิติการดูแลตนเอง ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะพิการของผู้ป่วย เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมดมาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอรรถประโยชน์เท่ากับ 0.22 ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และยิ่งไปกว่านั้นพบว่ามีผู้สูงอายุที่ค่าอรรถประโยชน์ติดลบ 11 คน หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในสภาวะที่แย่ยิ่งกว่าเสียชีวิต (worse than dead) อยู่ถึงร้อยละ 29.73

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analogue Scale (VAS) โดยให้ผู้สูงอายุประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันขณะ มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน 0 หมายถึงสุขภาพแย่มากที่สุด และคะแนน 100 หมายถึงสุขภาพดีที่สุดพบว่า ซึ่งคำตอบที่ได้ในส่วนนี้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จาก VAS เท่ากับ 45.14 หมายความว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้สึกพึงพอใจในสุขภาพของตนเองในระดับน้อยถึงปานกลาง

ทั้งนี้งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือมีการวัดผลคุณภาพชีวิตเพียง 1 ครั้งหลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ไม่มีการวัดคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ดังนั้นจึงไม่สามารถอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างแท้จริง วิจัยจึงได้อนุมานคะแนนคุณภาพชีวิตว่ามีการเปลี่ยนแปลงโดยพยากรณ์จากคะแนน ADL ที่เปลี่ยนไป โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ N.J.A van Exel และคณะ(53) ซึ่งได้หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) กับคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL Barthel Index) ซึ่ง Exel แบ่งระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเป็น 4 ระดับ คือ 0-4, 5-9 และ 10-14 สัมพันธ์กับคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตเท่ากับ -0.12, 0.08 และ 0.38 ตามลำดับ เมื่อนำไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.118 และ 0.366 ตามลำดับ หมายความว่าหลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จะนำไปคำนวณในขั้นตอนการวิเคราะห์ SROI ต่อไป

#### 4. ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล และภาระในการดูแลของผู้ดูแล

การประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ดูแลจำนวน 37 คน (ผู้ดูแล 1 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน) ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ภาคผนวก จ) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจ และประเมินผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเก็บข้อมูลเพื่อประเมินภาระในการดูแลใช้แบบวัดของ Zarit Burden Interview ซึ่งผลแสดงดังตารางที่ 10 และ 11

พูน ปณ ทิโต ชเว

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (ร้อยละ) [n=37]
1. เพศ ชาย หญิง	9 (24.32) 28 (75.68)
2. อายุ เฉลี่ย $\pm$ SD MIN - MAX	50.62 $\pm$ 10.73 32 - 83
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4 (10.981) 32 (86.49) 1 (2.70)
4. ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี	27 (72.97) 3 (8.11) 2 (5.41) 1 (2.70) 3 (8.11) 0 (0.00) 1 (2.70)
5. อาชีพ รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว พนักงาน หรือลูกจ้างเอกชน รับจ้างทั่วไป เกษตรกร ไม่มีอาชีพ	2 (5.41) 2 (5.41) 3 (8.11) 5 (13.5) 16 (43.24) 9 (24.32)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (ร้อยละ) [n=37]
6. สถานภาพในครัวเรือน หัวหน้าครอบครัว คู่สมรสของหัวหน้าครอบครัว บุตร ธิดา ของหัวหน้าครอบครัว สามี หรือภรรยาของผู้ป่วย บุตร หรือธิดาของผู้ป่วย พี่ หรือน้องของผู้ป่วย ญาติ ลูกจ้าง	6 (16.22) 11 (29.73) 1 (2.70) 3 (8.11) 15 (40.54) 0 (0.00) 1 (2.70) 0 (0.00)
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม < 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท 10,001 – 15,000 บาท 15,001 – 20,000 บาท >20,001 บาท	28 (75.68) 7 (18.29) 1 (2.70) 0 (0.00) 1 (2.70)
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน <10,000 บาท 10,001 - 20,000 บาท 20,001 - 30,000 บาท 30,001 - 40,000 บาท 40,001 - 50,000 50,001 - 60,000 60,001 - 70,000 >70,001	16 (43.24) 12 (32.43) 5 (13.51) 2 (5.41) 1 (2.70) 1 (2.70) 0 (0.00) 0 (0.00)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (ร้อยละ) [n=37]
9. ความเพียงพอของรายได้ประจำ	
เพียงพอ	15 (40.54)
ไม่เพียงพอ	22 (59.46)
10. สถานะเงินเก็บ	
มีเงินเก็บ	8 (21.62)
ไม่มีเงินเก็บ	29 (79.38)
11. การเป็นหนี้	
มีหนี้สิน	33 (89.19)
ไม่มีหนี้สิน	4 (40.81)
12. จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	1.08 $\pm$ 0.28
MIN - MAX	1 - 2
13. จำนวนผู้ดูแล	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	1.16 $\pm$ 0.37
MIN - MAX	0 - 2
14. บทบาทของผู้ตอบแบบสอบถาม	
เป็นผู้ดูแลหลัก	31 (83.78)
เป็นผู้ร่วมดูแล	4 (10.81)
เป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลัก	2 (5.41)

ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 83.78) แต่ละครอบครัวมีจำนวนผู้ดูแลเฉลี่ย 1.16 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 75.68) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 50.62 ปี โดยอายุน้อยที่สุดคือ 32 ปี และอายุมากที่สุดคือ 83 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 27 คน (ร้อยละ 72.97) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.24 รองลงมาคือไม่มีอาชีพ ร้อยละ 24.32 เนื่องจากต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลา สถานภาพในครัวเรือนของผู้ดูแล

พบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดาของผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.54 รองลงมาคือเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ ร้อยละ 29.73 ด้านรายได้ของผู้ดูแลพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.68) น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.24) น้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหารายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย (ร้อยละ 59.46) ถึงแม้จะมีเงินเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุสนับสนุนทุกๆเดือนก็ตาม สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาหนี้สินถึงร้อยละ 89.19 ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน

ผู้วิจัยได้วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดของ Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทยและประเมินผลกระทบในด้านต่างๆต่อผู้ดูแล ได้แก่ ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน, ด้านการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ, ด้านรายได้ที่ลดลงจากการหยุดงาน, ด้านการปรับปรุงสภาพบ้านเพื่อเอื้อต่อการอยู่อาศัย, ด้านการดูแลทางการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ, ด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล, ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล และผลกระทบโดยรวม ผลการประเมินแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 คะแนนภาระในการดูแล และคะแนนผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คะแนนภาระในการดูแล	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
1. ภาระในการดูแล Zarit Burden Interview	34.00 $\pm$ 12.47
2. ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล	
ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	3.30 $\pm$ 1.73
ด้านการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ	2.62 $\pm$ 2.19
ด้านรายได้ที่ลดลงจากการหยุดงาน	2.03 $\pm$ 2.13
ด้านการปรับปรุงสภาพบ้านเพื่อเอื้อต่อการอยู่อาศัย	1.03 $\pm$ 1.66
ด้านการดูแลทางการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ	2.27 $\pm$ 1.85
ด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล	1.76 $\pm$ 1.57
ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล	1.92 $\pm$ 1.67
ผลกระทบในภาพรวม	2.73 $\pm$ 1.15

จากตารางที่ 11 แสดงผลการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถาม 2 ฉบับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลที่วัดด้วยแบบประเมิน Zarit Burden Interview เท่ากับ 34.00 หมายถึงรู้สึกมีภาระในการดูแลน้อยถึงปานกลาง ส่วนของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล พบว่ามีผลกระทบด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวันมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.30 (ระดับผลกระทบปานกลางถึงมาก) เนื่องจากต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบตลอดเวลา ไม่มีเวลาส่วนตัวในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และการพักผ่อน รองลงมาคือผลกระทบต่อชีวิตในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 2.73 (ระดับผลกระทบน้อยถึงปานกลาง) และผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ย 2.62 (ระดับผลกระทบน้อยถึงปานกลาง)

แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลภาระการดูแลเพียงหนึ่งครั้ง คือหลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว จึงไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างค่าความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) กับภาระการดูแลของผู้ดูแลจากการศึกษาของ Caroline Sutcliffe และคณะ (54) ซึ่ง Sutcliffe พบว่าเมื่อคะแนน ADL ของผู้ป่วยลดลงทุก 0.078 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนภาระการดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ข้อมูลจากตารางที่ 8 พบว่าคะแนน ADL ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 3.9 ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่า ผลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาดส่งผลลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้เท่ากับ 50 คะแนน ซึ่งหมายความว่าภาระในการดูแลลดลงจาก 84 คะแนน (ก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว) เป็น 34 คะแนน (หลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว) กล่าวคือภาระการดูแลลดลงจากระดับสูงมาก มาเป็นระดับน้อยถึงปานกลางนั่นเอง



### 4.3 ส่วนที่ 3 ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนจัดบริการฯ

ในการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return On Investment : SROI) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลตอบแทนดังกล่าว โดยสะท้อนต้นทุนในการลงทุนในแต่ละกิจกรรมของทีมงานครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่มีการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และครอบคลุมผลประโยชน์ทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) คือ “ถ้ามีการดูแลโดยทีมงานครอบครัว แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม” ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลด้วยกระบวนการต่างๆ ดังนี้คือ ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 37 ราย ด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการประเมินคุณภาพชีวิต, ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 37 ราย เพื่อประเมินมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล, การสนทนากลุ่มทีมงานครอบครัวจำนวน 2 ครั้งเพื่อศึกษาขอบเขตและรูปแบบการปฏิบัติงาน การค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการค้นหาเอกสารทางการเงินที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด

#### 4.3.1 การประเมินความเต็มใจจะจ่าย

##### 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามความเต็มใจจะจ่ายจากตารางที่ 10 ซึ่งแสดงข้อมูลทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 83.78) แต่ละครอบครัวมีจำนวนผู้ดูแลเฉลี่ย 1.16 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 75.68) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 50.62 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 27 คน ร้อยละ 72.97 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.24 รองลงมาคือไม่มีอาชีพ ร้อยละ 24.32 ด้านรายได้ของผู้ดูแลพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.68) น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.24) น้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหารายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย (ร้อยละ 59.46) สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาหนี้สินถึงร้อยละ 89.19 ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน

2) มูลค่าความเต็มใจจะจ่ายด้วยวิธีตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา (Closed-Ended Double Bound) และมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายด้วยวิธี Payment card



ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้หลักการ CVM ซึ่งเป็นวิธีการสมมุติเหตุการณ์ขึ้นให้ ผู้บริโภคประเมินค่า เป็นวิธีประเมินค่าภายใต้ตลาดสมมุติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ต้องการประเมินค่า ความเต็มใจจ่ายต่อการบริการด้านสาธารณสุขโดยทีมหมอครอบครัว 1 ครั้ง ของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ที่เป็นผู้ดูแลหลัก มูลค่าที่ได้จะถูกจัดเป็นผลตอบแทนต่อสังคมจากการให้บริการของทีมหมอครอบครัว และจะถูกนำมาประเมินเป็นค่า SROI ต่อไป

ตารางที่ 12 แสดงมูลค่าความเต็มใจจ่ายด้วยวิธี ตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา และวิธี Payment card

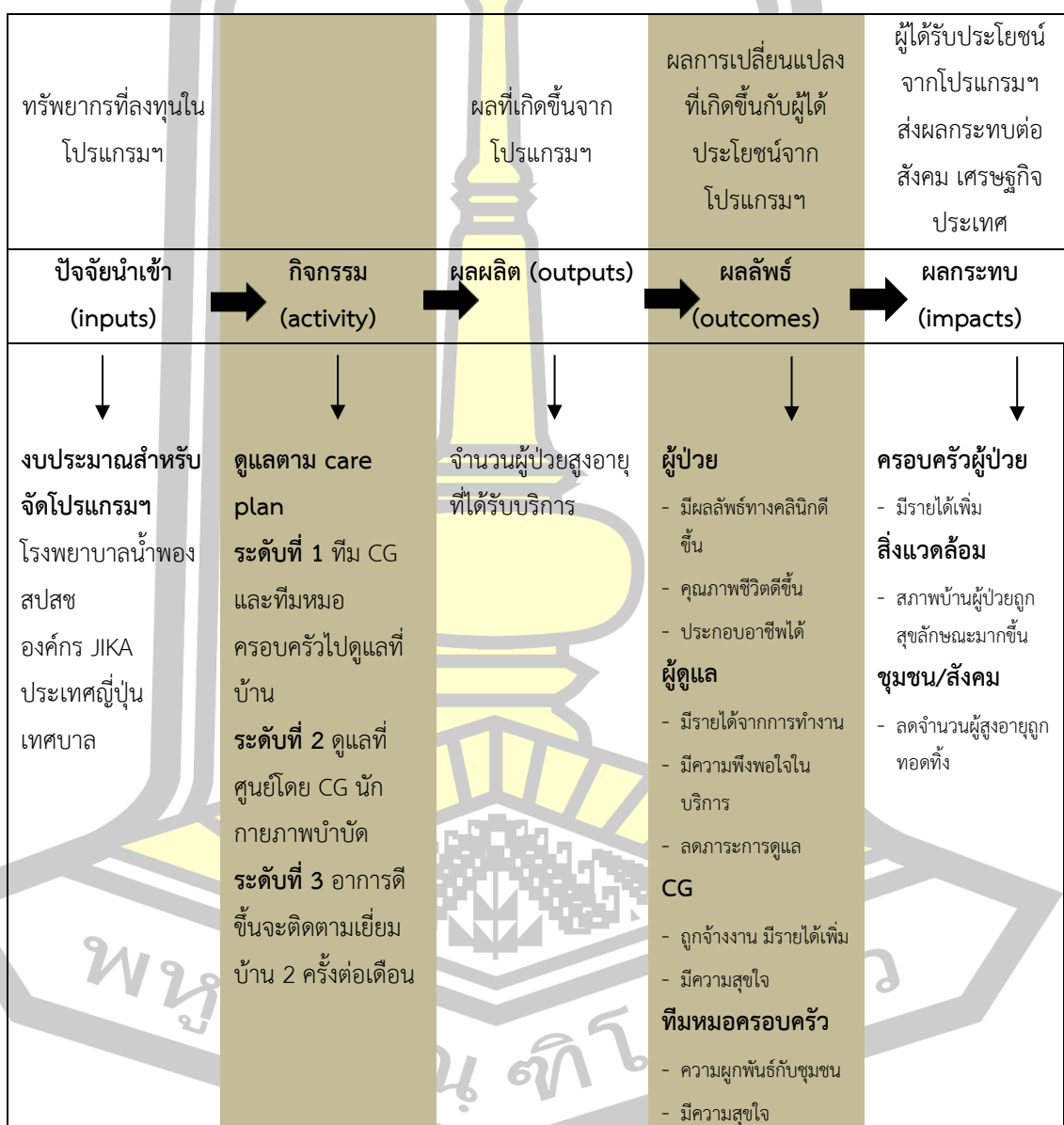
วิธีประเมินความเต็มใจจะจ่าย	มูลค่าความเต็มใจจะจ่าย เฉลี่ยต่อจำนวนครั้งที่ได้รับ บริการ (บาท)	มูลค่าความเต็มใจจะจ่ายรวม เมื่อคูณด้วยจำนวนครั้งที่ ได้รับบริการ (บาท)
Closed-Ended Double Bound ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (บาท)	316.22 $\pm$ 153.23	512,276.40
Payment card ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (บาท)	218.92 $\pm$ 128.75	354,650.40

จากตารางที่ 12 แสดงมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายด้วย 2 วิธี โดยวิธีแรกซึ่งเป็นวิธีหลัก คือการ ตั้งคำถามปลายปิดแบบเสนอราคา 2 ราคา (Closed-Ended Double Bound) พบว่าค่าเฉลี่ยความ เต็มใจจะจ่ายต่อครั้งของการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวเท่ากับ 316.22 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 153.23 บาท และมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายต่อครั้งของการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวที่ได้จากวิธีที่สอง (Payment card) ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลชุดแรก เพื่อนำไป คำนวณค่าความอ่อนไหวในขั้นตอนการวิเคราะห์ SROI พบว่ามีค่าเท่ากับ 218.92 บาท ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 128.75 บาท เมื่อนำมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายเฉลี่ยของวิธี Closed-Ended Double Bound และ Payment card คูณด้วยจำนวนครั้งที่ได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัวพบว่ามีค่า เท่ากับ 512,276.40 บาท และ 354,650.40 บาทตามลำดับ

#### 4.3.2 ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) ของโปรแกรมการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุขแก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด

จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้วิจัยสามารถจัดทำแผนภาพแสดงห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) ของโปรแกรมการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด ได้ดังนี้



ภาพที่ 13 แสดงห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Impact Value Chain) ของโปรแกรมการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุขแก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด

จากภาพที่ 13 มีการลงทุนคือ งบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) งบประมาณสำหรับค่าจ้างบุคลากรจากโรงพยาบาลน้ำพองและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำพอง งบประมาณสำหรับการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลน้ำพอง งบประมาณสำหรับการก่อสร้างศูนย์ดูแลระยะยาวจาก JIKA ประเทศญี่ปุ่น งบประมาณสำหรับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลระยะยาวจากเทศบาลตำบลสะอาด เกิดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม care plan รายบุคคล โดยมีผลลัพธ์ที่สามารถนำไปประเมิน SROI ในส่วนผลได้คือ คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจและการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล ส่วนของการจ้างงานอาสาสมัครภาคทางานั้นถูกจัดเป็นต้นทุนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดแก่บุคลากร ทีมหมอครอบครัว สิ่งแวดล้อม และสังคมนั้นจะไม่นำมาประเมิน SROI เนื่องจากไม่ใช่ผลลัพธ์หลักจากการดำเนินโปรแกรมฯ



4.3.3 การวิเคราะห์ต้นทุนจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว

1) ต้นทุนในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลน้ำพอง

ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีมาโรงพยาบาลโดยมีเตียงแวน และมานอนโรงพยาบาลโดยไม่มีเตียงแวน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งประเภท 2 รูปแบบคือ แบ่งตามแผนกที่ให้บริการ และแบ่งตามประเภทของต้นทุน แสดงดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีมาโรงพยาบาลโดยมีเตียงแวน และมานอนโรงพยาบาลโดยไม่มีเตียงแวน

ต้นทุนของโรงพยาบาลน้ำพอง	แบ่งตามแผนกที่ให้บริการ			รวม	แบ่งตามประเภทของต้นทุน			รวม
	Admit	OPD	ER		Direct-medical cost	Direct-non medical cost	Indirect cost	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว	190,907.00	24,042.00	18,558.00	233,507.00	152,829.00	40,638.00	40,040.00	233,507.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว	327,561.00	22,263.00	51,768.00	401,592.00	306,664.00	23,676.00	71,252.00	401,592.00
ต้นทุนในการนอนโรงพยาบาล, ต้นทุนในการมา ER และ OPD ที่เพิ่มขึ้น				168,058				168,058
หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว								

จากตารางที่ 13 พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว ต้นทุนที่สูงที่สุดได้แก่ต้นทุนในการมานอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน เท่ากับ 190,907.00 บาท แต่เมื่อแบ่งประเภทตามประเภทของต้นทุน พบว่าต้นทุนที่เป็น Direct-medical cost มีค่าสูงที่สุดคือ 152,829.00 บาท โดยต้นทุนรวมของโรงพยาบาลน้ำพองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 233,507.00 บาท

สำหรับต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีมาโรงพยาบาลโดยมิได้วางแผน และมานอนโรงพยาบาลโดยมิได้วางแผน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวพบว่าสอดคล้องกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กล่าวคือ ต้นทุนที่สูงที่สุดได้แก่ต้นทุนในการมานอนโรงพยาบาลโดยมิได้วางแผน เท่ากับ 327,561.00 บาท และเมื่อแบ่งประเภทตามประเภทของต้นทุน พบว่าต้นทุนประเภท Direct-medical cost มีค่าสูงที่สุดเช่นเดียวกัน คือเท่ากับ 306,664.00 และต้นทุนรวมของโรงพยาบาลน้ำพองหลังผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวมีค่าเท่ากับ 401,592.00 บาท เมื่อวิเคราะห์ผลต่างของค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล, ค่าใช้จ่ายในการมา ER และ OPD ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว พบว่ามูลค่ารวมต้นทุนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้น 168,058 บาท โดยสรุปพบว่าต้นทุนของโรงพยาบาลน้ำพองในการให้บริการกรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยมิได้วางแผน สูงขึ้นกว่าช่วงก่อนได้รับการดูแลจากหมอครอบครัวถึง 71.97% โดยต้นทุนที่สูงที่สุดเมื่อแบ่งประเภทตามแผนกที่ให้บริการคือต้นทุนการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และต้นทุนที่สูงที่สุดเมื่อแบ่งประเภทตามประเภทของต้นทุนคือ Direct medical cost

## 2) ต้นทุนค่าจ้างบุคลากร (labor cost)

ต้นทุนประเภทที่สองที่นำมารวมในต้นทุนของการให้บริการของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด คือต้นทุนค่าจ้างบุคลากร โดยผู้วิจัยรวบรวมมูลค่าของค่าจ้างทั้งหมดต่อปีของบุคลากรในทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด จากเอกสารทางการเงินของฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลน้ำพอง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 14

พูน ปลูก ทัโต ชเว

ตารางที่ 14 ต้นทุนค่าจ้างบุคลากรทีมสหวิชาชีพ

วิชาชีพ	ค่าจ้างต่อปี	สัดส่วนที่นำไป คำนวณต้นทุน	ต้นทุนค่าจ้างที่ นำไปคำนวณ SROI(บาท)
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	652,250.00	5% ของค่าจ้าง 9 เดือน	24,459.38
พยาบาลวิชาชีพ1	621,840.00		23,319.00
พยาบาลวิชาชีพ2	518,520.00		19,444.50
พยาบาลวิชาชีพ3	418,560.00		15,696.00
พยาบาลวิชาชีพ4	268,620.00		10,073.25
พยาบาลวิชาชีพ5	213,532.00		8,007.45
พยาบาลวิชาชีพ6	202,001.00		7,575.04
เภสัชกร	305,760.00		11,466.00
ทันตแพทย์	426,150.00		15,980.63
นักกายภาพบำบัด	291,000.00		10,912.50
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน1	187,920.00		7,047.00
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน2	140,322.00		5,262.08
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	445,530.00		16,707.38
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	176,573.00		6,621.49
พนักงานขับรถ	141,160.00		5,293.50
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาค ทางการ (TCG) (7 คน x 198 วัน)	415,800.00*	100% ของค่าจ้าง ทั้งหมด	415,800.00
<b>รวม</b>			<b>603,665.18</b>

หมายเหตุ \*ค่าจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (TCG)เป็นค่าจ้างที่คำนวณตามจำนวนวันที่ทำงานจริง  
เนื่องจากมีระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนแบบรายวัน วันละ 300 บาท

ตารางที่ 14 แสดงต้นทุนค่าจ้างบุคลากรทีมสหวิชาชีพในประเภทค่าจ้างบุคลากรผู้วิจัยใช้  
สัดส่วน 5% ของมูลค่ารวมทั้งหมด เนื่องจากสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีเพียง 5% ของ  
ภาระงานทั้งหมดของบุคลากร ยกเว้นค่าจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (TCG) ผู้วิจัยใช้  
สัดส่วน 100 % ของมูลค่าทั้งหมดเนื่องจากเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ในส่วน of อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ

นั้นทำงานเฉพาะวันราชการและทำงานวันละ 7 คน โดยได้รับค่าจ้างคนละ 300 บาทต่อวัน โดยสรุปมูลค่ารวมของต้นทุนค่าจ้างบุคลากรมีค่ารวมเท่ากับ 603,665.18 บาท

3) ต้นทุนรวมในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอบรรณคร้ว ตำบลสะอาด

ในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอบรรณคร้ว ตำบลสะอาด นั้นนอกจากต้นทุนค่าจ้างบุคลากรแล้ว ยังมีต้นทุนอีกหลายประเภท ได้แก่ต้นทุนค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ค่าก่อสร้างศูนย์ดูแลระยะยาว รวมถึงค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการประจำวัน เช่นค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถเพื่อใช้ในการรับส่งผู้สูงอายุเพื่อมารับบริการที่ศูนย์ดูแลระยะยาว ดังแสดงในตารางที่ 15 ดังนี้

ตารางที่ 15 ต้นทุนรวมในการให้บริการของทีมหมอบรรณคร้ว

ประเภทของต้นทุน	มูลค่า	สัดส่วนที่ใช้	มูลค่าที่ใช้จริง
<b>ต้นทุนของ PCC สะอาด ในการให้บริการของทีมหมอบรรณคร้ว (A)</b>			
ค่าเวชภัณฑ์ยา และวัสดุทางการแพทย์	638,692.2	5%	31,934.61
ค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์	314,000	5%	15,700.00
ค่าวัสดุสำนักงาน	อายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี		0
ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง*	3,010.09	100%	3,010.09
ค่าสาธารณูปโภคของศูนย์ดูแลระยะยาว	4,500.00	100%	4,500.00
ค่าก่อสร้างศูนย์ดูแลระยะยาว <sup>#</sup>	2,397,000	ค่าเสื่อม 25 ปี ระยะเวลาการใช้งาน 9 เดือน	71,910.00
ค่าจ้างบุคลากร			603,665.18
<b>ผลรวมต้นทุน A</b>			<b>730,719.88</b>
<b>ต้นทุนโรงพยาบาลน้ำพอง (B)</b>			
ต้นทุนของโรงพยาบาลน้ำพองที่เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม			168,058
<b>ผลรวมต้นทุนทั้งหมด (A+B)</b>			<b>898,777.88</b>

หมายเหตุ \*ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับรถ ISUZU D MAX 1.9 Ddi ขนาด 1898 cc. ให้กำลังสูงสุด 150 แรงม้าที่ 3600 รอบ/นาที เกียร์ธรรมดา ความเร็วคงที่ 90 กม./ชม. อัตราสิ้นเปลืองน้ำมันเฉลี่ย 14 กม./ชม. ค่าน้ำมันดีเซลเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ.2561 ราคาลิตรละ 28.19 บาท และระยะทางเฉลี่ยรอบละ 3.78 กม. เดินทางไป-กลับ วันละ 2 รอบ, <sup>#</sup>มูลค่าเริ่มต้นการก่อสร้างศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาดเท่ากับ 2,397,000 บาท คิดค่าเสื่อม 25 ปี ระยะเวลาการใช้งาน 9 เดือน

จากตารางที่ 15 แสดงต้นทุนของ PCC สะอาด ที่ใช้ทั้งหมดในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งมีมูลค่ารวม 730,719.88 บาท ค่าเวชภัณฑ์ ยา และวัสดุทางการแพทย์, ค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ผู้วิจัยใช้สัดส่วน 5% ของมูลค่ารวมทั้งหมด เนื่องจากสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีเพียง 5% ของการปฏิบัติงานทั้งหมดของทีมหมอบรรอบครัว ยกเว้นค่าน้ำมันเชื้อเพลิงผู้วิจัยใช้สัดส่วน 100 % ของมูลค่าทั้งหมดเนื่องจากเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว สำหรับค่าวัสดุสำนักงานและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ มีมูลค่าเป็นศูนย์ เนื่องจากใช้อุปกรณ์เดิมจากโรงพยาบาลน้ำพองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ซึ่งมีอายุการใช้งานมานานกว่า 5 ปี จึงไม่ต้องนำมาคำนวณเป็นต้นทุน

ส่วนต้นทุนของโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้วิจัยใช้ผลต่างในการให้บริการกรณีผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน หลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัวเปรียบเทียบกับ มูลค่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัว ซึ่งมีค่าเท่ากับ 168,058 ดังนั้นต้นทุนรวมทั้งหมดในการให้การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรอบครัวจึงมีค่าเท่ากับ 898,777.88 บาท

#### 4) การวิเคราะห์ผลได้จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรอบครัว

ผลได้หลักจากกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรอบครัวที่ถูกนำมาคำนวณ SROI คือผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยใช้สัดส่วน Attribution และ Deadweight สำหรับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต/ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และภาระการดูแลที่ลดลง เท่ากับร้อยละ 5 เนื่องจากเป็นสัดส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสัดส่วนการได้รับการดูแลจากผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากทีมหมอบรรอบครัว และการเปลี่ยนแปลงเองตามธรรมชาติของผลลัพธ์ดังกล่าวถึงแม้จะไม่ได้รับการดูแลจากทีมหมอบรรอบครัวเลยก็ตาม ส่วนผลลัพธ์ที่มีต่อชุมชน สิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสะอาด และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ ไม่จัดเป็นผลลัพธ์หลักของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรอบครัวจึงไม่นำมาคำนวณ SROI นอกจากนี้ผลได้บางประเภทได้แก่รายได้จากการจ้างงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่คาดว่าจะลดลงนั้น ได้ถูกจัดประเภทเป็นต้นทุนจึงไม่นำมารวมในผลได้ ซึ่งแสดงในตารางที่ 16



ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลของทีมงานครอบครัว ตำบลสะอาน

Stakeholder	ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	การแทนค่าเงิน	มูลค่าผลลัพธ์ (บาท)	Attribution (%)	Deadweight (%)	Displacement (%)	มูลค่าผลลัพธ์สุทธิ (บาท)
ผู้ป่วย	-มีคุณภาพชีวิตที่ดี -clinical outcomes ดีขึ้น	$\Delta$ Utility <sup>+</sup>	$\Delta$ Utility x รายรับต่อเดือนต่อคน x 9 เดือน	64,504.80	5	5	0	58,215.58
ญาติผู้ดูแลหลัก	-ความพึงพอใจในโปรแกรมฯ -ลดภาระการดูแล	-ความพึงพอใจในโปรแกรม -Zarit Burden Interview	-มูลค่าความเต็มใจจะจ่าย $\Delta$ Burden <sup>++</sup> (%) x รายรับต่อวัน* x 30 วัน x 9 เดือน x 37 คน	512,276.40 1,598,400.00	0 5	0 5	0 0	512,276.40 1,442,556.00
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	-มีรายได้จากการทำงาน -มีความสุขจากการทำงาน	-ค่าตอบแทนจากการทำงาน -ไม่นำมาคำนวณ SROI <sup>**</sup>	300 บาท x 7 คน x 198 วัน	จัดประเภทเป็นต้นทุน				
โรงพยาบาลนำร่อง	-การนอนโรงพยาบาลลดลง -การมาห้องฉุกเฉินลดลง	ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล	ค่าใช้จ่ายระหว่างนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่ห้องฉุกเฉิน ค่าตอบแทนบุคลากร	จัดประเภทเป็นต้นทุน				

ตารางที่ 16 (ต่อ)

Stakeholder	ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	การแทนค่าเงิน	มูลค่าผลลัพธ์ (บาท)	Attribution (%)	Deadweight (%)	Displacement (%)	มูลค่าผลลัพธ์สุทธิ (บาท)
เทศบาลตำบล สะอาด	-ความยั่งยืนของโครงการ	-ไม่นำมาคำนวณSROI**						
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่าง	Clinical Outcomes ของผู้ป่วยดีขึ้น	ลดการมาใช้บริการโดยไม่ได้วางแผน	ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตอบแทนบุคลากร	จัดประเภทเป็นต้นทุน				
สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อมน้อย	-ไม่นำมาคำนวณSROI**						
ชุมชน	ไม่มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง	-ไม่นำมาคำนวณSROI**						
<b>รวมมูลค่าผลลัพธ์ทั้งหมด (บาท)</b>								<b>2,013,047.98</b>

หมายเหตุ +  $\Delta$  Utility คือผลต่างคะแนนอรรถประโยชน์คุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว มีค่าเท่ากับ 0.248,  $\Delta$  Burden คือผลต่างภาระการดูแลก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว มีค่าเท่ากับ 50%, \*รายรับต่อวันหมายถึงค่าแรงซึ่งดำรงชีวิตตามประกาศกระทรวงแรงงาน(51) เท่ากับ 320 บาทต่อวัน, \*\*ไม่นำมาคำนวณ SROI เนื่องจากไม่ใช้ผลลัพธ์หลักของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัว

จากตารางที่ 16 ผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วยคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ซึ่งวัดโดยใช้ผลต่างของคะแนนอรรถประโยชน์คุณภาพชีวิตคูณด้วยรายรับต่อเดือนของผู้สูงอายุแต่ละคน ในระยะเวลา 9 เดือน และผลลัพธ์ต่อผู้ดูแลคือความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการดูแลระยะยาว โดยทีมหมอบรรเทา และภาระการดูแลที่ลดลงซึ่งวัดโดยใช้ผลต่างของคะแนนภาระการดูแล (Zarit burden) คูณด้วยรายรับต่อวันของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำของจังหวัดขอนแก่นเป็นตัวแทนรายรับของผู้ดูแลแต่ละราย ระยะเวลา 9 เดือน สรุปผลได้ทั้งหมดมีมูลค่าเท่ากับ 2,013,047.98 บาท

#### 5) การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลของทีมหมอบรรเทา ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้มีส่วนได้เสีย แต่ละกลุ่มมีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือคุณภาพชีวิตที่ดี และ clinical outcomes ที่ดีขึ้น (ประเมินจากค่า ADL ที่เพิ่มขึ้น), ญาติผู้ดูแลหลัก มีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นลดภาระการดูแล และความเต็มใจจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์จากทีมหมอบรรเทา แต่ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดกับทีมหมอบรรเทา อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สิ่งแวดล้อมและชุมชน นั้นไม่ใช่ผลลัพธ์หลักของการประเมินโครงการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่นำมาเป็นผลลัพธ์ในการคำนวณ SROI ดังนั้นการประเมินการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน หรือ Social Return On Investment (SROI) จึงมีเพียงผลได้จากผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น ซึ่งจากตารางที่ 15 มูลค่าต้นทุนรวมเท่ากับ 898,777.88 บาท และจากตารางที่ 16 มูลค่ารวมผลลัพธ์ทั้งหมดเท่ากับ 2,013,047.98 บาท ดังนั้นสามารถคำนวณ SROI ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน} &= \frac{\text{ผลลัพธ์รวมทั้งหมด}}{\text{ต้นทุนรวมทั้งหมด}} = \frac{2,013,047.98}{898,777.88} \\ &= 2.24 \end{aligned}$$

จากผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรเทา ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561 พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.24 หมายความว่าทุกๆ 1 บาทที่ลงทุน จะให้ผลตอบแทน 2.24 บาท

## 6) Sensitivity Analysis

ผู้วิจัยได้ทดลองเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรต่างๆที่อาจมีผลต่อค่า SROI ดังตารางที่ 17 เพื่อวิเคราะห์ความอ่อนไหวของค่า SROI เมื่อตัวแปรมีการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความไวต่อค่า SROI

กรณีทีวิเคราะห์ความไว	ผลตอบแทนรวม (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	SROI
กรณีฐาน (Base case)	2,013,047.98	898,777.88	2.24
เปลี่ยนมูลค่าผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินความยินดีจะจ่ายจากมูลค่าที่ได้จากวิธี Closed-Ended Double Bound มาเป็นมูลค่าที่ได้จากวิธี Payment card	1,855,421.98	898,777.88	2.06
เปลี่ยนสัดส่วน Attribution ของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น จาก 5% เป็น 50%	1,688,472.18	898,777.88	1.88
เพิ่มสัดส่วน Deadweight ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จาก 5% เป็น 12%(55)	2,008,758.41	898,777.88	2.23
เปลี่ยนรายได้ผู้สูงอายุจากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุและเบี้ยเลี้ยงผู้พิการ มาเป็นรายได้ต่อหัวประชากรไทยต่อปี*	3,598,116.49	898,777.88	4.00
เปลี่ยนรายได้ผู้ดูแลจากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำมาเป็นรายได้ต่อหัวประชากรไทยต่อปี*	3,895,907.26	898,777.88	4.33

หมายเหตุ \*รายได้ต่อหัวต่อคนต่อปี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 228,398.40 บาทต่อคนต่อปี (56) โดยใช้สัดส่วน 9 เดือนในการคำนวณ (228,398.40 บาท x9/12 เดือน)

จากตารางที่ 18 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรต่างๆ พบว่าค่าผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต่ำสุดคือ 1.88 ถึงมากที่สุดคือ 4.33 โดย SROI มีแนวโน้มลดลงเมื่อผู้วิจัยเพิ่มสัดส่วน Attribution (เพิ่มสัดส่วนที่บุคคลอื่นหรือองค์กรอื่นมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากทีมหมอครอบครัว) จากตารางเมื่อเพิ่มสัดส่วน Attribution จาก 5% เป็น 50% พบว่าค่า SROI ลดลงจาก 2.24 เป็น 1.88 เมื่อทดลองเปลี่ยนมูลค่าความเต็มใจจะจ่ายจากวิธี Closed-Ended Double Bound มาเป็นวิธี Payment card พบว่าค่า SROI ลดลงเหลือเพียง 2.06 และจากการศึกษาของ ยศ วิษระคุปต์และคณะ(55) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันดีขึ้น 12% ผู้วิจัยจึงทดลองเพิ่มสัดส่วน Deadweight ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จาก 5% เป็น 12% ซึ่งพบว่า SROI ลดลงจาก 2.24 เป็น 2.23

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีฐานะยากจน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชากรจังหวัดขอนแก่น(57) และต่ำกว่ารายได้ต่อหัวของประเทศไทย ปี พ.ศ.2561(56) ผู้วิจัยจึงทดลองเปลี่ยนรายได้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการใช้เบี้ยเลี้ยงรายเดือนกรณีสูงอายุหรือกรณีสูงอายุและมีความพิการร่วมด้วยในบางราย มาเป็นค่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรไทย เพื่อให้สามารถนำไปอ้างอิงในระดับประชากรต่อไปได้ พบว่า SROI เพิ่มจาก 2.24 เป็น 4.00 และเมื่อผู้วิจัยเปลี่ยนรายได้ผู้ดูแลจากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำมาเป็นรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรไทย พบว่า SROI เพิ่มจาก 2.24 เป็น 4.33

#### 4.4 ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

##### 4.4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว PCC ตำบลสะอาด มีดังนี้

1) เครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันเป็นเวลานาน ต่างให้ความเคารพซึ่งกันและกัน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2) ชุมชนมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมายาวนาน มีความต่อเนื่องและยั่งยืนของงานผู้สูงอายุ

3) ระบบ “พยาบาลชุมชน” ที่โรงพยาบาลน้ำพองดำเนินงานมาเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดบุคลากรที่เป็น “คนในพื้นที่” สามารถเข้าใจปัญหาของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำงานในพื้นที่ได้อย่างราบรื่น และเข้าถึงปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

4) การมีสมาชิกทีมที่เข้าใจงานและมีความเสียสละ มุ่งมั่นในการทำงานทั้งทีมสหวิชาชีพ, อ.ส.ม.และ TCG

5) ทักษะในการทำงานของทีมที่ยืดหลัก “ผู้ป่วยคือญาติ” และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รวมถึง บรรยากาศการทำงานที่ดี สร้างแรงจูงใจในการทำงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัว

6) การสนับสนุนด้านการเงิน และงบประมาณจากหน่วยงานเอกชน และองค์กรภายนอก

7) การสนับสนุนจากแม่ข่ายทั้ง โรงพยาบาลน้ำพอง สาธารณสุขอำเภอ น้ำพอง ทั้งด้านการบริหารจัดการ ด้านอัตรากำลัง ด้านความรู้/วิชาการ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น

8) การได้รับความสุขจากงานที่ทำ เช่น ผู้ป่วยและญาติขอร้องไห้มาอีก ผู้ป่วยเตรียมของฝากไว้รอ รวมถึงความรักคุณญาติมิตรที่สัมผัสได้จากผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

9) มีระบบการประสานงาน และส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว การใช้เทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ การปิดกั้นบ้านผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลที่รวดเร็ว ทันการณ์

#### 4.4.2 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1) งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และขาดแคลนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีสิทธิ์การรักษาอื่นๆ ที่มีใช้ผู้มีสิทธิ์การรักษาในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลควรมีงบประมาณสนับสนุนการดูแลประชาชนครอบคลุมทุกคน อย่างเท่าเทียมกันและมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ถูกจำกัดด้วยสิทธิในการรักษาพยาบาลดังเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และขาดแคลนงบประมาณในการจ้างบุคลากรในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากสภาพทางการเงินที่แย่ง ของโรงพยาบาลน้ำพอง ส่งผลต่อการจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน

2) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความล่าช้า และความยุ่งยากในการให้บริการ ยิ่งไปกว่านั้นคือเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการแบบองค์รวม และการให้บริการในรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการหลัก เนื่องจากขาดข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อให้เกิดระบบการทำงานที่ง่ายขึ้น

3) การสนับสนุนเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ หรือเทคโนโลยีต่างๆ ควรตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขมักไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ เช่นมีของอยู่แล้ว หรือให้ในสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องใช้ เป็นต้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ควรสำรวจความต้องการในพื้นที่ก่อน เพื่อให้การกระจายทรัพยากรเกิดประโยชน์สูงสุด

4) ภาระงานที่มากเกินไป ทำให้บุคลากรเหนื่อยล้า กระทบงสาธารณสุข ควรสนับสนุนด้านอัตราค่าจ้างให้มากขึ้น หรืออาจลดภาระงานที่ไม่จำเป็น เช่นงานคีย์ข้อมูล เป็นต้น

#### 4.5 ส่วนที่ 5 คุณค่าที่เกิดจากกระบวนการทำงานที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสังคม

คุณค่าที่เกิดจากการทำงานในพื้นที่ของทีมหมอครอบครัว เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน เนื่องจากการทำงานที่ไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย ไม่นิ่งดูตายต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาไม่ได้เน้นที่ปริมาณเท่านั้นแต่ยังเน้นที่คุณภาพของการให้บริการ ก่อให้เกิดความผูกพันต่อกัน และเกิดพลังที่หล่อเลี้ยงทีมให้พร้อมสู้กับอุปสรรคต่างๆที่ผ่านเข้ามา เพื่อเป้าหมายคือ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 18 คุณค่าที่เกิดจากกระบวนการทำงานของทีมหมอครอบครัว

ผลต่อผู้ป่วย และครอบครัว	ผลต่อทีมหมอครอบครัว	ผลต่อสังคม
ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกมิติทั้งกาย จิต วิญญาณอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม	เกิดการพัฒนาศักยภาพความรู้เฉพาะด้านที่ลึกซึ้งมากขึ้น	เกิดความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับทีมสุขภาพ
ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	เกิดการพัฒนาทักษะรอบได้ (Skill mix) เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างรอบด้าน และทันเหตุการณ์	เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เช่นโครงการร้านชำไม่ขายยาชุด เพื่อสุขภาพที่ดีของชุมชน
Care giver ได้รับการฝึกฝนทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในการให้การดูแลมากขึ้น	เกิดการสร้างภาคีเครือข่ายที่เชื่อมโยงครอบคลุม และเข้มแข็ง ส่งผลให้การทำงานในชุมชนเป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน	การไม่ละเลยคุณค่าของสถาบันครอบครัว ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว เช่นผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลาน ได้ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอยู่ในชุมชนที่คุ้นเคย เป็นต้น
Care giver ได้รับการแบ่งเบาภาระสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ	เกิดการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานในชุมชน สามารถจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนได้	ชุมชนเกิดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยอื่นๆ ทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อุ่นใจ ถึงบ้านลดภาระค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล	พัฒนามุมมองของคนทำงานให้กว้างกว่าห้องสี่เหลี่ยมของโรงพยาบาล สามารถนำต้นทุนของสังคม หรือจุดแข็งของชุมชนมาพัฒนาระบบสาธารณสุขได้	มีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้เจ็บป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

#### 5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมงานครอบครัว ตำบลสะอาด ดำเนินการตามนโยบายการจัดกลุ่มบริการสุขภาพปฐมภูมิแต่ยังไม่มีกำหนดพันธกิจที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงกำหนดพันธกิจของโปรแกรมจากความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิด CIPP Model ในการประเมินโครงการ และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่คลินิกที่ได้เก็บรวบรวมไว้ก่อนเริ่มโปรแกรม โดย ผลลัพธ์ที่ประเมินมี 2 ตัวชี้วัดคือความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ดีขึ้น (วัดจากค่า ADL ที่เพิ่มขึ้น) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งกรณีของคุณภาพชีวิตไม่สามารถวิเคราะห์ได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลพื้นฐานก่อนเข้าโปรแกรม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประมาณค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ADL และคะแนนคุณภาพชีวิต (53)

จากการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลระยะยาวทั้งหมด 149 คน แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 112 คน ถูกตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากค่า Barthel ADL Index เริ่มต้นเข้าร่วมโครงการสูงกว่า 12 ซึ่งไม่ถูกจัดเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงตามคำจำกัดความของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และมีผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การศึกษา กล่าวคือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพียง 37 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีเพียง 37 คนเท่านั้น ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 5 - 11 จำนวน 29 คน และกลุ่มติดเตียง Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 0 - 4 จำนวน 8 คน

ข้อมูลจากตารางที่ 6 และ 7 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 62.16 เทียบกับ ร้อยละ 37.84) ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากข้อสรุปดังกล่าวจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมที่มากกว่านี้ โดยผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 80.81 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.08) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป. 4) ร้อยละ 97.30 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีเพียง 1 รายที่อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีเพียง 1 รายที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 35.14 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ซึ่งมีรายการยาที่ต้องใช้ประจำเฉลี่ยคนละ 3.46 รายการ ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



ทั้งหมดพบว่าเป็นผู้พิการร้อยละ 72.97 มีประวัติเคยเกิดโรคเส้นเลือดสมอง (stroke) ร้อยละ 52.78 ซึ่งสอดคล้องกับการมีโรคประจำตัวที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเส้นเลือดสมอง คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.83 และโรคเบาหวานร้อยละ 12.94 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุทัย สุขสุดและคณะ (36) ที่พบว่าโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม เบาหวาน และข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 37 รายมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยยังชีพผู้พิการ ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.95) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.49) ไม่มีเงินเก็บสำรองสำหรับใช้จ่ายในยามจำเป็น และมีผู้สูงอายุที่มีหนี้สินเนื่องจากการกู้ยืม 9 ราย (ร้อยละ 24.32) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทัย สุขสุด และคณะ (36) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเงินร้อยละ 40.4 ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอและเป็นหนี้ร้อยละ 24.7 อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า ปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เนื่องจากการจัดบริการทางการแพทย์ด้วยการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCC) ส่งผลดีต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เพราะมีหน่วยบริการอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุสามารถรับบริการทั้งการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพได้ในชุมชน โดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องเหมือนก่อนที่จะมีการจัดตั้ง PCC ในชุมชน

ผลการศึกษาทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุสอดคล้องกับภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล กล่าวคือผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.68) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 43.24) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยศ วัชรคุปต์และคณะ(55) ที่พบว่ารายได้ครัวเรือนของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาว จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่น้อยกว่า 100,000 บาทต่อปี และผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.38) ไม่มีเงินเก็บ มีภาระหนี้สินสูงถึงร้อยละ 89.19 ซึ่งภาวะทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นควรมีการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาต่อไปในอนาคตเพื่อให้สังคมสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวโดยภาระทางการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลที่มีคุณภาพ และผู้สูงอายุไม่กลายเป็นภาระของลูกหลานอย่างเช่นที่พบในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำพอง โดยเปรียบเทียบผลทางคลินิกในช่วงเวลาก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว คือตั้งแต่วันที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 และผลทางคลินิกในช่วงเวลาหลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวคือตั้งแต่วันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 31 เดือนตุลาคม พ.ศ.2561 ผลทางคลินิกที่ผู้วิจัย

สนใจมีทั้งหมด 10 รายการ ดังตารางที่ 8 แต่พบว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้นมีเพียงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งอ้างอิงจากค่า Barthel ADL Index ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนแสดงระดับภาวะพึ่งพิง (Barthel ADL Index) ก่อนได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 6.78 และหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 10.68 ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $p$  value = 0.0001) แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพิงลดลง มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ทั้งนี้เมื่อระดับการพึ่งพิงลดลงย่อมแสดงว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั่นเอง (53) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยศ วัชรคุปต์ และคณะ (54) ที่ทำการศึกษาลงของโปรแกรมดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งพบว่าการดูแลผู้สูงอายุภายใต้โครงการ Long term care ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น

แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าหลังได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว จำนวนครั้งการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผนกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $p$  value = 0.05) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการบริการโดยทีมหมอครอบครัว และพบว่าต้นทุนของโรงพยาบาลน้ำพองในการให้บริการกรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน สูงขึ้นกว่าช่วงก่อนได้รับการดูแลจากหมอครอบครัวถึง 71.97% โดยต้นทุนที่เพิ่มสูงขึ้นมากที่สุดคือต้นทุนการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (เมื่อแบ่งประเภทตามแผนกที่ให้บริการ) และต้นทุนประเภท Direct medical cost (เมื่อแบ่งประเภทตามประเภทของต้นทุน) ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ Laura Di Pollina และคณะ (32) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบว่าผลของการใช้โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสามารถลดการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีการทรุดลงตามธรรมชาติ ผนวกกับการที่มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายตลอด 24 ชั่วโมง ระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อจาก PCC มายังโรงพยาบาลน้ำพอง และการเข้าถึงชุมชนของทีมหมอครอบครัว ทำให้สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม ทั้งนี้อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ว่ามาด้วยช่องทางใดระหว่าง ผู้ป่วยมาเอง, มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่ผ่านการส่งต่อจาก PCC หรือมาด้วยการส่งต่อจากแพทย์ที่ PCC เพื่อให้สามารถสรุปผลได้อย่างน่าเชื่อถือ

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทยโดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตการใช้แบบประเมินจาก EuroQol Research Foundation ประเทศเนเธอร์แลนด์ หมายเลขใบอนุญาต (Registration ID) 30852 แบบประเมิน EQ-5D-5L นี้มี

ข้อดีคือมีความเชื่อมั่น ความแม่นยำ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในเกณฑ์ที่ดี (58) และยังใช้เวลาเก็บข้อมูลน้อยกว่าเมื่อเทียบกับแบบประเมินอื่นๆ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้นและง่ายกว่านั่นเอง ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2 แบบคือ ประเมินมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน และ Visual Analogue Scale : VAS จากตารางที่ 9 พบว่า มิติที่มีคุณภาพชีวิตแย่ที่สุด ได้แก่ มิติการเคลื่อนไหว ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03) รองลงมาคือมิติการดูแลตนเอง ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45) เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดและสมอง และภาวะพิการของผู้สูงอายุ เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมดมาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอรรถประโยชน์เท่ากับ 0.22 ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และยิ่งไปกว่านั้นพบว่าผู้สูงอายุที่ค่าอรรถประโยชน์ติดลบ 11 คน หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในสภาวะที่แย่มากกว่าเสียชีวิต (worse than dead) สูงถึงร้อยละ 29.73 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง และเรื้อรัง จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม รวมถึงการดูแลที่ไม่มีคุณภาพ เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนดังที่กล่าวข้างต้น

แต่ทั้งนี้เมื่อประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันขณะด้วย Visual Analogue Scale (VAS) กลับพบว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้สูงถึง ร้อยละ 45.14 ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสุขภาพในปัจจุบันขณะค่อนข้างสูง อาจสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดสามแนวคิดคือ หนึ่งเนื่องจากสุขภาพในปัจจุบันนั้นดีขึ้นมากเมื่อเทียบกับก่อนที่จะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพจากทีมหมอครอบครัว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ผ่านการเป็นผู้ป่วยติดเตียง และเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 52.78) ซึ่งเป็นภาวะที่แยกว่าสภาวะปัจจุบันดังนั้นถึงแม้สุขภาพในปัจจุบันจะไม่ดีแต่ก็ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกพอใจมากกว่าเมื่อเทียบกับอดีตที่เคยเจ็บป่วยมากกว่านี้ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์จากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งอ้างอิงจากค่า Barthel ADL Index ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็สามารถอธิบายได้ว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสุขภาพในปัจจุบันขณะสูงถึงร้อยละ 45.14 นั่นเอง หรือแนวคิดที่สองอาจเนื่องจากสาเหตุที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเกรงใจ หรือต้องการเอาใจผู้วิจัยเนื่องจากทราบว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล จึงได้พยายามตอบให้ดีที่สุดนั่นเอง (social desirability effect) และแนวคิดสุดท้ายอาจเนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ จึงอาจมีขีดจำกัดด้านความสามารถในการอธิบายหรือการเชื่อมโยงสุขภาวะเป็นตัวเลข ทำให้ผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับคะแนนที่ประเมินมิติสุขภาพนั่นเอง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 37 คน (ผู้ดูแล 1 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจ และประเมินผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ข้อมูลจากตารางที่ 10 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.68) เนื่องจากค่านิยมสังคมไทยชนบท ที่ผู้ชายมักทำงานในไร่นา ส่วนผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อย ของบ้านและสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.97) จบการศึกษาใน ระดับประถมศึกษา ผู้ดูแลร้อยละ 40.54 เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนข้อมูลด้าน เศรษฐกิจ พบว่าร้อยละ 75.68 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งรายได้ต่ำกว่ารายได้ต่อหัว ประชากรไทย(57) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.38) ไม่มีเงินออม และมีภาระ หนี้สินสูงถึงร้อยละ 89.19 ซึ่งสถานะภาพทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ส่วนการวัดภาระในการดูแล ใช้แบบ วัดของ Zarit Burden Interview นั้นพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล เท่ากับ 34.00 หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระในการดูแลน้อยถึงปานกลาง โดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินกิจกรรมประจำวันมากที่สุด เนื่องจากต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบตลอดเวลา ไม่ สามารถไปประกอบอาชีพ หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนได้ตามปกติ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแล 2 คน ที่ลาออกจากการงานเพื่อกลับมาดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้ขาดรายได้ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเนื่องจากเกิดความไม่มั่นคงทางการเงิน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สามารถช่วยฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมีอาสาสมัครภาคทางการ ที่คอยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอจึงสามารถลดภาระในการดูแลของ ญาติลงได้ แต่ทั้งนี้ในอนาคตอาจต้องครอบคลุมถึงการสร้างงาน สร้างอาชีพให้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้สามารถ ประกอบอาชีพไปพร้อมกับ การดูแลผู้สูงอายุไปด้วยได้ จึงจะก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน และ ความยั่งยืนของรูปแบบการดำเนินงานอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือไม่มีการวัดคะแนนคุณภาพชีวิตและภาระการดูแลของ ผู้ดูแลก่อนได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว จึงไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น หรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่ลดลงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจริงหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ อนุมานผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว โดยใช้ ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL Index) กับ คะแนนอรรถประโยชน์คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) โดยอ้างอิงการศึกษาของ N.J.A van Exel และ คณะ(53) ซึ่งพบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังได้รับการ ดูแลจากทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาดมีค่าเท่ากับ 0.118 และ 0.366 ตามลำดับ หมายความว่า หลังจากได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั่นเอง โดยผลต่างของ

คะแนนอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตมีค่าเท่ากับ 0.248 สำหรับการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้วิจัยอนุমানผลต่างของภาวะการดูแลก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะการดูแล (Zarit Burden) กับคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL Index) โดยอ้างอิงการศึกษาของ Caroline Sutcliffe และคณะ (54) ซึ่งสามารถอนุมานได้ว่า ผลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด ส่งผลลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้เท่ากับ 50 คะแนน กล่าวคือภาวะการดูแลลดลงจากระดับสูงมาก มาเป็นระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งผลต่างของคะแนนอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิต และคะแนนภาวะการดูแลที่ลดลงดังกล่าวเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยนำไปใช้ในการคำนวณค่า SROI ในขั้นตอนถัดไป

อย่างไรก็ตามนอกจากประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกแล้ว ผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้ไม่พบว่าส่งผลกระทบต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการประเมินการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน หรือ Social Return On Investment (SROI) จึงมีเพียงผลได้จากผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น ซึ่งพบว่าค่า SROI มีค่าเท่ากับ 2.24 หมายความว่าเงิน 1 บาทที่ลงทุนให้ผลตอบแทนกลับมาเท่ากับ 2.24 บาท และเมื่อผู้วิจัยได้ทำการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรต่างๆที่อาจมีผลต่อค่า SROI (sensitivity analysis) พบว่าค่า SROI มีค่าตั้งแต่ 1.88 ถึง 4.33 โดยมีค่าต่ำลงเมื่อเพิ่มสัดส่วน Attribution และเปลี่ยนมูลค่าผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินความยินดีจะจ่าย จากมูลค่าที่ได้จากวิธี Closed-Ended Double Bound มาเป็นมูลค่าที่ได้จากวิธี Payment card

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว ชุมชนและสังคม การที่ผู้สูงอายุหรือครอบครัวไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อย ทำให้การตีคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากโปรแกรมฯ นี้ โดยเฉพาะการใช้ความยินดีที่จะจ่ายซึ่งมีข้อจำกัดในการสะท้อนคุณค่าที่แท้จริง ดังนั้นในการวิเคราะห์ความไวที่เปลี่ยนการให้คุณค่าของผู้สูงอายุเป็นตัวเงิน จากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำต่อวันมาเป็นรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรต่อปีของประเทศไทย พ.ศ. 2561 แล้ว ค่า SROI หรือผลตอบแทนทางสังคมจากโปรแกรมนี้นี้เท่ากับ 4.00 เท่าของเงินที่ลงทุนไป และเมื่อเปลี่ยนรายได้ผู้ดูแลจากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำมาเป็นรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรต่อปีของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 พบว่าค่า SROI เพิ่มขึ้นเป็น 4.33 แสดงให้เห็นว่า การให้คุณค่ากับการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก ซึ่งผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม ดังนั้นรัฐบาลจึงควรสนับสนุนให้มีโครงการดูแลระยะยาวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและผู้ดูแลยาวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป

จากผลการศึกษาศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการลงทุนของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุด้วยทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้โดยผลต่างของคะแนนอรรถประโยชน์คุณภาพชีวิตกับ 0.248 สามารถลดภาระการดูแลได้ โดยภาระการดูแลลดลงร้อยละ 50 และให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าต่อการลงทุนเนื่องจากให้ค่า SROI มากกว่า 1 นั่นเอง

ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพบว่ารูปแบบการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาดนั้น มีทั้งการตรวจรักษาโรค กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมด้านสังคมต่างๆ เช่นการส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น มีการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือหลักคือ care plan รายบุคคล ทำให้มีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างแท้จริง โดยการทำงานนั้นเป็นรูปแบบการทำงานภายใต้หลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ 1A4C กล่าวคือผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึง และประสิทธิภาพของบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ พยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการทำงานในชุมชน และได้ดำเนินการมาเป็นเวลาหลายสิบปีก่อนมีการดำเนินงานตามนโยบายการจัดกลุ่มปฐมภูมิในปัจจุบัน นอกจากนี้รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวเอื้อให้เกิดการทำงานในรูปแบบการเชื่อมโยงประสานระหว่างสหวิชาชีพ และชุมชน ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม และมีประสิทธิภาพ เป็นลักษณะการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

บทสรุปสุดท้าย ผู้วิจัยได้พบว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นจากการทำงานในพื้นที่ของทีมหมอครอบครัวเป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน เนื่องจากส่งผลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และครอบครัว มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่เน้นคุณภาพของการให้บริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเป้าหมายคือ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นรัฐบาลจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลระยะยาวโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับประเทศ และระหว่างประเทศดังเช่นที่เกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอเมืองน้ำพอง

## 5.2 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

ประเด็นที่ควรมีการพิจารณาอย่างเร่งด่วนอันดับแรกของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาด คือการกำหนด “พันธกิจ” ของโปรแกรม เนื่องจากตลอดเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ยังไม่พบว่ามีเป้าประสงค์ที่ชัดเจนของการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมนี้นี้ ผู้ปฏิบัติงานต่างมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ มีความตั้งใจอย่างแรงกล้าที่จะสร้างผลกระทบเชิงบวกให้ชุมชน หากแต่ยังขาดการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกันของทีม มีการระบุเป้าหมายในลักษณะเชิงนามธรรมกว้างๆ เช่น “เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” แต่ไม่สามารถระบุเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถวัดความคืบหน้าได้ และเมื่อไม่มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน จึงไม่พบว่ามีติดตามประเมินผลการดำเนินงานของทีมแต่อย่างใด ทำให้ทีมไม่รู้อย่างชัดเจนว่าการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจมากเพียงไร ตรงกับความต้องการสูงสุดของกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ สร้างผลบวกหรือผลลบอย่างไรต่อกลุ่มเป้าหมายและสังคม และควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไร เพื่อให้สามารถสร้างประโยชน์ได้มากกว่าเดิมในอนาคต ดังนั้นผลลัพธ์ (outcomes) ที่ผู้วิจัยกำหนดและนำมาประเมินโครงการจึงมาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยเอง ซึ่งอาจไม่ใช่วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของโปรแกรมนี้นั้นในบริบทของทีมหมอครอบครัวตำบลสะอาดก็เป็นได้

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ต่างๆของโปรแกรม ตามข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่าด้านผลลัพธ์จากการดำเนินโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว ตำบลสะอาดนั้น ประสบความสำเร็จได้อย่างงดงามส่วนหนึ่งนอกจากการมีทีมที่เข้มแข็งแล้ว พบว่านโยบายของผู้นำองค์กรมีผลอย่างมาก เนื่องจากชุมชนในอำเภอน้ำพองมีการดำเนินการด้านสาธารณสุขปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ก่อนที่จะมีนโยบายทีมหมอครอบครัว และนโยบายการจัดกลุ่มปฐมภูมิ (PCC) ดังนั้นทีมปฐมภูมิของอำเภอน้ำพองจึงมีความเข้มแข็ง มีความพร้อม และสามารถประสานงานกับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมาอย่างยาวนาน นอกจากนี้ประเด็นสำคัญคือการมีพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นพยาบาลของชุมชนอย่างแท้จริง จึงทำให้การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์ แต่เริ่มต้นบนบริบทที่มีความพร้อมอยู่แล้วนั่นเอง

ด้านการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนที่ผู้วิจัยได้นำเสนอนั้น เป็นการประเมินมูลค่าของประโยชน์ในขั้นต้นของความจำเป็นจริงเท่านั้น เนื่องจากยังมีข้อมูลที่ไม่ได้นำมาพิจารณาได้แก่

1. มูลค่าจากการมีทัศนคติเชิงบวกของผู้นำชุมชนและชุมชนโดยรอบ เพราะการที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง และการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชุมชน ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งผู้นำชุมชนและชุมชนโดยรวม

2. ผลประโยชน์ทางอ้อมบางส่วนยังไม่ได้ถูกนำมาพิจารณา เช่น มูลค่าของสิ่งปลูกสร้างที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ

3. การคำนวณต้นทุนค่าแรงของบุคลากรที่มหมอครอบครัว ผู้วิจัยใช้สัดส่วน 5% ของค่าแรงทั้งหมด เนื่องจาก 5% เป็นสัดส่วนที่มหมอครอบครัวใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยกเว้นในส่วนของ อาสาสมัครภาคทางการ ผู้วิจัยใช้สัดส่วน 100% ของค่าแรงทั้งหมด ตามสัดส่วนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั้นเอง

การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการจาก EuroQol Research Foundation ประเทศเนเธอร์แลนด์ หมายเลขใบอนุญาต (Registration ID) 30852 ซึ่งแบบประเมินนี้มีข้อดีหลายประการคือ เป็นแบบสอบถามที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย ใช้เวลาตอบไม่นาน นอกจากนี้ยังสามารถนำมาคำนวณค่าอรรถประโยชน์ทางตรงได้อีกด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าสามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย VAS scale ซึ่งผู้วิจัยพบว่ามีข้อจำกัดคือ หากผู้ตอบไม่มีทักษะที่เกี่ยวข้องกับตัวเลข หรือการให้เหตุผลในเชิงปริมาณ หรือขาดประสบการณ์ในเรื่องการประเมินสุขภาพที่ต้องใช้ตัวเลข อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลที่ได้จากวิธีการนี้ได้ นอกจากนี้ความคิดและอารมณ์ก็อาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลได้ด้วยเช่นกัน เช่นผู้ตอบหลีกเลี่ยงการเลือกตอบตัวเลขที่น้อยที่สุด หรือตัวเลขที่มากที่สุด, ผู้ตอบพยายามเลือกตัวเลขที่ “กลางๆ ไม่มาก ไม่น้อย จนเกินไป” เนื่องจากเป็นลักษณะนิสัยของคนไทยที่ไม่กล้าแสดงออกอย่างโดดเด่น เป็นต้น ดังนั้นการเก็บข้อมูลด้วย VAS scale อาจไม่เหมาะสมกับงานวิจัยที่มีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุเหมือนเช่นงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษาผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนครั้งนี้สามารถใช้เป็นแบบอย่างในการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมของโครงการสุขภาพต่างๆ ของรัฐได้ เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน แต่อย่างไรก็ตามค่า SROI ที่ได้จากแต่ละชุมชนไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากการมีความแตกต่างของบริบทของแต่ละสังคมนั้นเอง เช่นบุคลากรที่มหมอครอบครัวตำบลสะอาดส่วนใหญ่เป็นข้าราชการที่ทำงานมาเป็นเวลานาน ส่งผลโดยตรงต่อค่าจ้าง (labor cost) เมื่อค่าจ้างแพง จึงส่งผลทำให้ต้นทุนของที่มหมอครอบครัว ตำบลสะอาดมีค่าสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ในพื้นที่ตำบลสะอาดยังมีศูนย์ดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นอาคารสิ่งปลูกสร้างที่ได้รับการสนับสนุนจาก JICA ประเทศญี่ปุ่นซึ่งหากเป็นพื้นที่อื่นอาจไม่มีต้นทุนประเภทนี้ ดังนั้น จึงทำให้ต้นทุนของการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้



### 5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

5.3.1 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้เสียไม่ครบทุกองค์ประกอบ เช่น ผู้นำชุมชน, ตัวแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, อาสาสมัครจาก JICA เป็นต้น ซึ่งหากได้ทำการเก็บข้อมูลในส่วนนี้เพิ่มเติมก็จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

5.3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ควรวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมด้วยนอกเหนือจากการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยทีมหมอครอบครัวเพียงอย่างเดียว เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ที่ได้อย่างปราศจากอคติ โดยเฉพาะข้อมูลบางส่วนที่ไม่มีข้อมูลก่อนและหลังให้เปรียบเทียบ เช่น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของญาติ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาที่ได้ไม่สมบูรณ์เนื่องจากขาดข้อมูลกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบนั่นเอง



## บรรณานุกรม

1. วิราภรณ์ โพธิศิริ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรเวศม์ วิสุวรรณระดา.โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559. 51-97
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ; 2558.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548 - 2568. นครปฐม; 2549.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2559. 128 p.
5. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ชลธิชา อัครนิรันดร์. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554 การเปลี่ยนแปลงประชากรและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
6. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-hurder A, Weaver FM, Henderson W. Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary Care: A Randomized Multicenter Trial. 2009;
7. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี; 2559.
8. Deitrick S. Social Return on Investment Case Study Analysis: Community Human Services In-Home Services/Homemaker Program The Union Project Youth Barista Program. 2015;(March).
9. Pippa A, Smith S. Social Return on Investment Analysis. 2012;(August).
10. Brown TT. Returns on Investment in California County Departments of Public Health. 2016;106(8):1477-82.
11. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์; 2546.
12. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, วิมล บ้านพวน, วีรพงศ์ เจริญเกตุ, เสกสรร กันยาสาย, อาทิตย์ วสุรัตน์. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2559.

13. สฤณี อาชวานันทกุล, ภรณ์ แย้มละออ. คู่มือประเมินผลลัพธ์ทางสังคม (Social Impact Assessment) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return On Investment : SROI). 1st ed. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553. 6–103 p.
14. Brody EM. Long Term Care of Older People : A Practical Guide. New York Hum Sci Press. 1997;
15. รศ. นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, นพ.เดชา แซ่หลี, นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.). โครงการพัฒนาความรู้ แนวคิด และการจัดพิมพ์ผลงาน การพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ; 2557.
16. ศศิธร ยอดเพชร. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ; 2549.
17. สุพัตรา ศรีวินิชชากรณ. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมายและการเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2018;1(2):11–25.
18. WONCA. The Role of General Practitioners/Family Physician in Health Care Sysytem a Statement from WONCA. 1991.
19. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
20. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Annual Conference of The Oregon Program Evaluation Network, Portland. Portland; 2003.
21. Zhang G. Using the Context, Input, Process, and Product evaluation Model (CIPP) as a Comprehensive Framework to Guide the Planning, Implementation, and Assessment of Service-learning Programs. J High Educ Outreach Engagem. 2011;15(4):57.
22. The Word Bank. The Logframe Handbook, a logical framework approach to project cycle management. Washington, USA: The World Bank; 2005.
23. Briggs A, O’ Brien B. The death of cost-minimization analysis. Heal Econ. 2001;10:179–84.

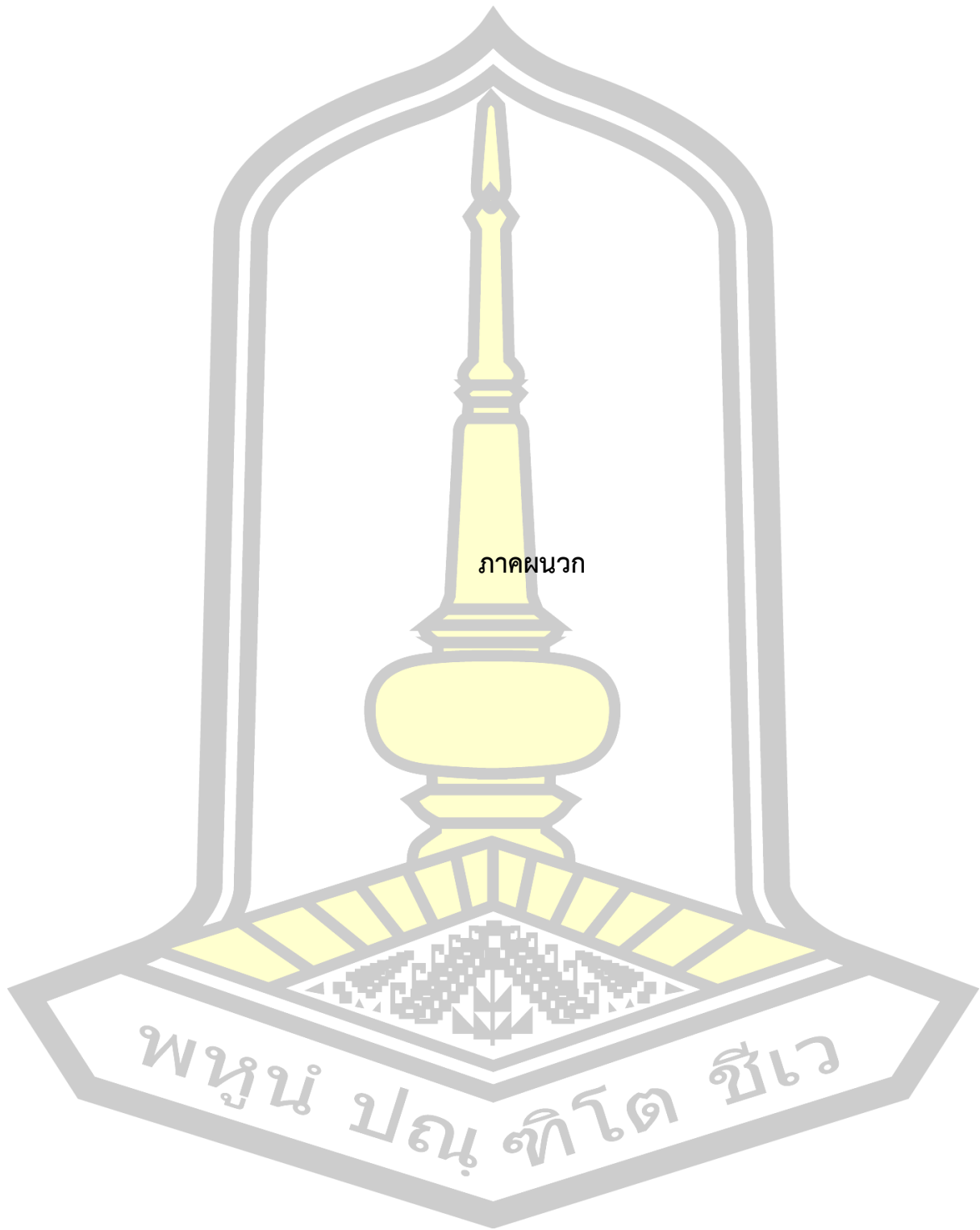
24. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. Method for the economic evaluation of health care programmes. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
25. ผศ.ดร.ณัฏฐ์ ชัยญาคุณาภักดิ์, ผศ.ดร.สุรฉัตร งามสุระเชษฐ์, รศ.ดร.อาทร รวีไพบูลย์, ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. 1st ed. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
26. Kobelt G. Health economics: an introduction to economic evaluation. 2nd ed. London: Office of Health Economics 2002; 2002.
27. Berger M, Binglefors K, Hedblom E, Pashos C, Torrance G. Health care cost, quality, and outcomes. New Jersey Int Soc Pharmacoeconomics Outcome Res. 2003;
28. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการบัญชีภาครัฐ เรื่อง ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์. 1st ed. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง กองบัญชีภาครัฐ กลุ่มงานระบบบัญชีภาครัฐ; 2562. 64-66 p.
29. สุชาติ เอกไพฑูรย์. การศึกษาการประเมินผลด้วยเครื่องมือวัดผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment :SROI) ต่อการประกอบการทางสังคม : กรณีศึกษาธนาคารปูังจังหวัดชุมพร. วารสารคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 34AD;131:1-19.
30. ภราดร ปริดาศักดิ์. หลักเศรษฐศาสตร์จุลภาค. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
31. เรณู สุขารมณ. วิธีการสมมติเหตุการณ์ให้ประเมินค่าสินค้าที่ไม่ผ่านตลาด. วารสารเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2541;89-117.
32. Pollina L Di, Guessous I, Petoud V, Combescure C, Buchs B, Schaller P, et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults : a prospective controlled trial. 2017;1-10.
33. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี; 2560. p. 180.
34. Reaves EL, Musumeci M. Medicaid and Long-Term Services and Supports : A Primer. Kaiser Family Foundation; 2015.
35. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี; 2557.

36. อุทัย สุขสุด. การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2551.
37. Macadam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly : A Systematic Review. 2008;(April).
38. Maeng DD, Graham J, Graf TR, Liberman JN, Dermes NB, Tomcavage J, et al. Reducing Long-Term Cost by Transforming Primary Care: Evidence From Geisinger's Medical Home Model. 18(3):149-55.
39. M. B, D.H.M. F, D.L. K, M.E. R, G. N, H.P.J. VH, et al. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: A cluster randomized trial. Cmaj [Internet]. 2011;183(11):E724-32. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104671241&site=ehost-live%0Ahttp://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L362318305%0Ahttp://www.cmaj.ca/content/183/11/E724.full.pdf+html%0Ahttp://dx.doi.org/10.1>
40. Jutkowitz E, Gitlin LN, Pizzi LT, Lee E, Dennis MP. Cost Effectiveness of a Home-Based Intervention That Helps Functionally Vulnerable Older Adults Age in Place at Home. 2012;2012.
41. Banke-thomas AO, Madaj B, Charles A, Broek N Van Den. Social Return on Investment ( SROI ) methodology to account for value for money of public health interventions : a systematic review. 2015;1-14.
42. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions : a systematic review. 2017;1-8.
43. Reedland KEEF, Arney ROMC. A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION TO PREVENT THE READMISSION OF ELDERLY PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE. 1995;1190-5.
44. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment : SROI) : กรณีศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพฯ; 2557.
45. Wajnberg A, Wang KH, Aniff M, Kunins H V. Hospitalizations and Skilled Nursing Facility Admissions Before Care Program. 2010;1144-7.

46. Pattanaphesaj J. Health-Related Quality Of Life Measure (EQ-5D-5L): Measurement Property Testing and Its Preference-Based Score In Thai Population. Mahidol University; 2014.
47. Lin F, Pickard AS, Krishnan JA, Joo MJ, Au DH, Carson SS, et al. Measuring health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease : properties of the EQ-5D-5L and PROMIS-43 short form. 2014;14(1):1–12.
48. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: A multi-country study. Qual Life Res. 2013;22(7):1717–27.
49. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. p. 85–6.
50. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. J Nurs Educ. 2011;4(1):62–75.
51. กระทรวงแรงงาน. อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ. In: ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงาน; 2561. p. 9–10.
52. Theodore KH. Long Term Care :An Approach to Servicing the Frail Elderly. Canada: Canada : Little Brown and Company; 1982.
53. Exel NJA Van, Reimer WJMS, Koopmanschap MA. Assessment of post-stroke quality of life in cost-effectiveness studies : The usefulness of the Barthel Index and the EuroQoL-5D. 2004;427–33.
54. Sutcliffe C, Giebel C, Bleijlevens M, Lethin C, Stolt M, Saks K, et al. Caring for a Person With Dementia on the Margins of Long-Term Care : A Perspective on Burden From 8 European Countries. 2017;1–8.
55. ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พัทธนา พลสิษฐ์ , สาวิณี สุริยันรัตกร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):608–24.
56. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แฉลงข่าวสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [Internet]. 2561. Available from: [https://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=8659&filename=QGDP\\_report](https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=8659&filename=QGDP_report)

57. ธนาคารแห่งประเทศไทย. รายงานเศรษฐกิจและการเงินเดือน ธันวาคม พ.ศ.2561 [Internet]. 2561. Available from: <https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/NorthEastern/EconomicReport>
58. Bushnell D, Martin M, Ricci J, Bracco A. A Performance of EQ-5D in patients with irritable bowel syndrome. Value Heal. 2006;9(2):90–7.

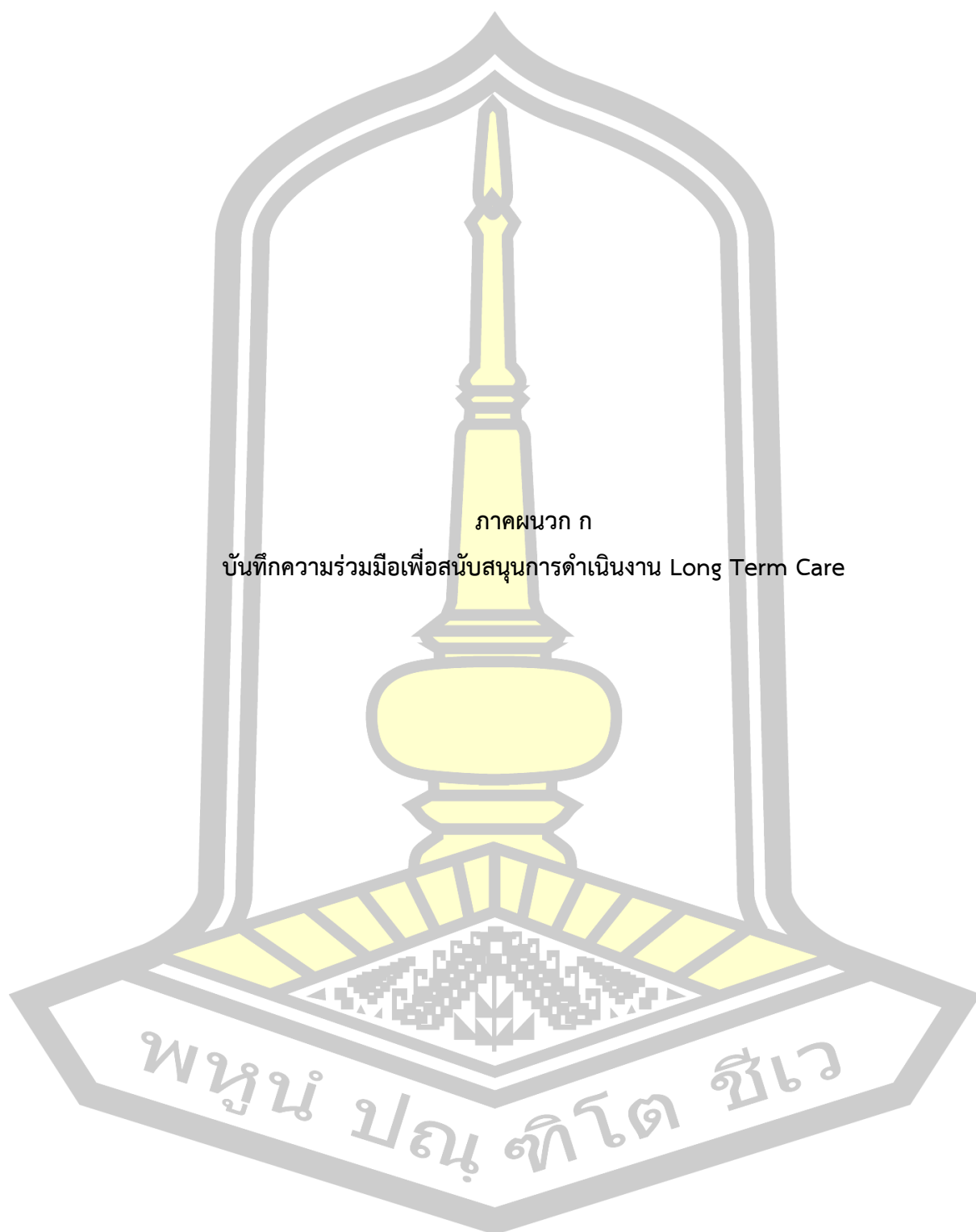




ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว





ภาคผนวก ก

บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Long Term Care

พหุ ประทีป วิทยา



**บันทึกความร่วมมือ**  
**เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**  
**ในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**(Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่**  
**ระหว่าง**

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

บันทึกความร่วมมือ ที่ /๒๕๕๘

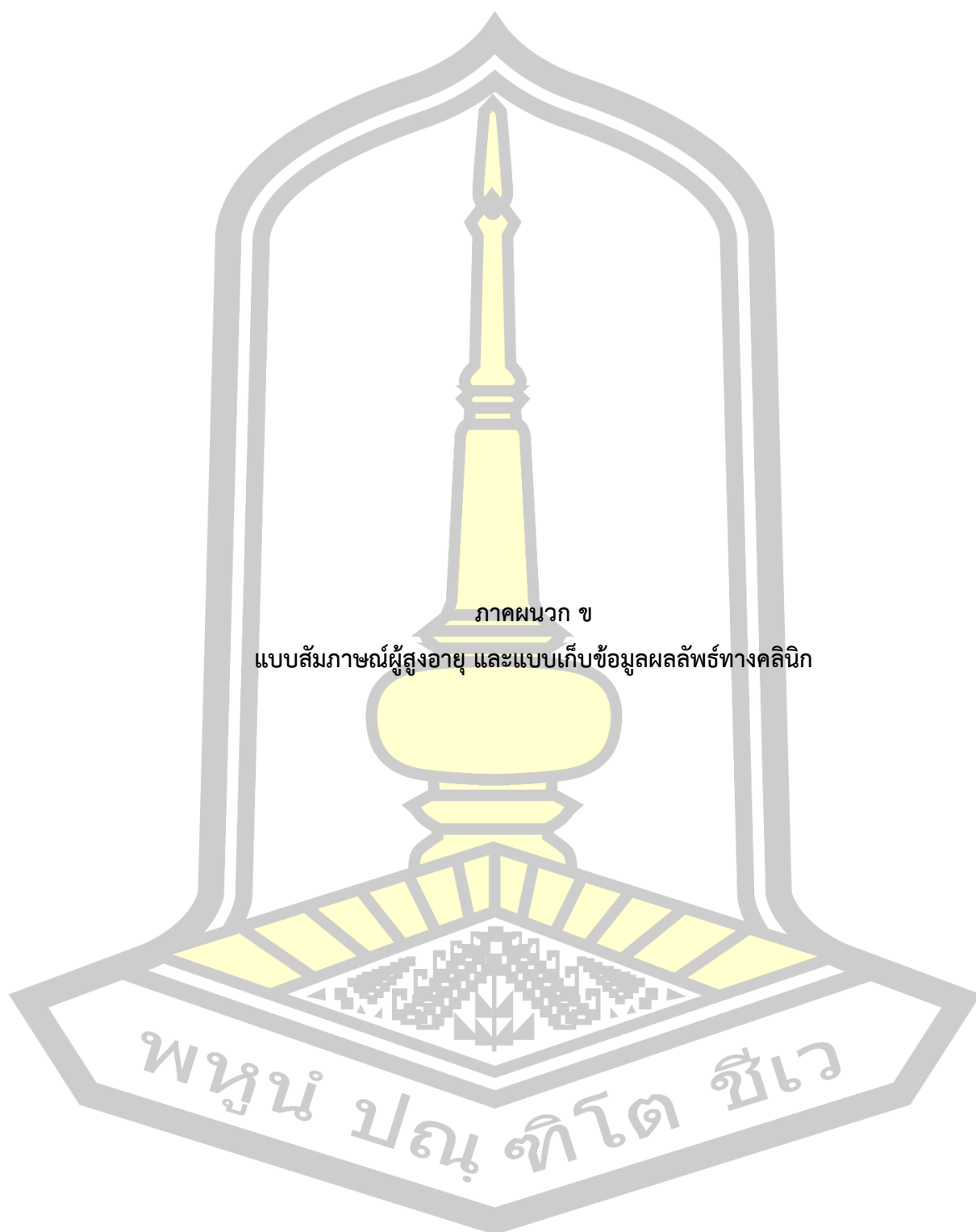
บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ จัดทำขึ้น ณ "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๙ ธันวาคม ๒๕๕๐" กรุงเทพฯ วันที่ ๓๐ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๘ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข โดย นายโสภณ เหมธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายหนึ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นายประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการ รักษาการแทนเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฝ่ายหนึ่ง สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย โดย นายเกรียงไกร ภูมิเหล่าแจ้ง นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ฝ่ายหนึ่ง และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดย นายพนพล แก้วสุพัฒน์ นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสี่ฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเชิงรุกในพื้นที่โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่

บันทึกความร่วมมือนี้ ทั้งสี่ฝ่ายมีความเห็นร่วมกันในการกำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทุกฝ่าย ดังต่อไปนี้

**๑. กระทรวงสาธารณสุข**

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วน



ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก  
แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอ  
ครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)  
เขตอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการทำวิทยานิพนธ์  
เกี่ยวกับการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการ  
จัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอป่าพอง จังหวัด  
ขอนแก่น การวิจัยครั้งนี้ไม่มีเจตนาที่จะประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรหรือหน่วยงานใด ผู้วิจัยจะ  
เก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและจะนำเสนอผลงานในภาพรวม ซึ่งมีได้แยกเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด จึง  
ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามตามสภาพจริง และครบทุกข้อ

2. แบบสอบถามนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต QE-5D-5L ฉบับภาษาไทย

ตอนที่ 4 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการ  
ตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางนวลจันทร์ แสนกอง

นิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัต สิว

### ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ สกุล .....HN.....
2. เพศ  
 ชาย                       หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ศาสนา  
 พุทธ     คริสต์     อิสลาม     อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้ศึกษา                       ระดับประถมศึกษา  
 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น                       ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
 ระดับปริญญาตรี                       สูงกว่าระดับปริญญาตรี
6. สถานภาพสมรส  
 โสด                       คู่  
 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
7. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่     ทำ                       ไม่ทำ
8. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน (รวมทุกแหล่งที่มา)  
 < 5,000 บาท                       5,001 – 10,000 บาท  
 10,001 – 15,000 บาท                       15,001 – 20,000 บาท  
 > 20,001 บาท
9. ความเพียงพอของรายได้ประจำ  
 เพียงพอ                       ไม่เพียงพอ  
 มีเหลือเก็บ                       มีหนี้สิน
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
11. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ลำพังคนเดียว                       ลูกชาย  
 สามี หรือภรรยา                       ลูกสะใภ้  
 พ่อแม่                       พี่น้อง  
 ลูกสาว                       ลูกชาย  
 หลาน                      ญาติอื่น ๆ
12. จำนวนโรคประจำตัว.....

## 13. ปัจจุบันท่านเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่

- |                           |                 |             |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| โรคหัวใจ                  | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคเบาหวาน                | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคความดันโลหิตสูง        | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคอัมพาต                 | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคอัมพฤกษ์               | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคไขข้อ                  | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคกระดูกเสื่อม           | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคหอบหืด                 | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคไตเสื่อม               | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคตับ                    | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคต่อมลูกหมากโต          | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคมะเร็ง                 | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| โรคซึมเศร้า               | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |
| อื่นๆ ระบุ.....           | [ ] เป็น.....ปี | [ ] ไม่เป็น |

## 14. จำนวนยาโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เป็นประจำ.....รายการ



## ตอนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก

ช่วงแรกคือก่อนมีทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 และช่วงที่สองคือ หลังจากที่มีทีมหมอครอบครัวเข้ามาให้การดูแล คือตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2561

1. ข้อมูลการนอนโรงพยาบาล ช่วงแรก ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

- a. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล.....ครั้ง
- b. สาเหตุที่นอนโรงพยาบาล
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....
  - 5) .....
  - 6) .....
- c. จำนวนวันนอนต่อครั้ง,ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
วันนอน						
Direct medical cost						
Direct Non-medical cost						
Indirect cost						

- d. จำนวนวันนอนเฉลี่ย.....

2. ข้อมูลการเข้ารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน ช่วงแรก ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

- a. จำนวนครั้งที่มารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน.....ครั้ง
- b. สาเหตุที่ต้องมารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน และค่าใช้จ่าย

ครั้งที่	สาเหตุที่ต้องมารักษาที่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ค่าใช้จ่าย		
		Direct medical cost	Direct non- medical cost	Indirect cost

3. ข้อมูลการนอนโรงพยาบาล ช่วงที่สองคือ หลังจากที่มีทีมหมอครอบครัวเข้ามาให้การดูแล คือตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2561

a. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล.....ครั้ง

b. สาเหตุที่นอนโรงพยาบาล

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

6) .....

c. จำนวนวันนอนต่อครั้ง,ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
วันนอน						
Direct medical cost						
Direct Non-medical cost						
Indirect cost						

d. จำนวนวันนอนเฉลี่ย.....วัน



4. ข้อมูลการเข้ารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน ช่วงที่สองคือ หลังจากที่มีทีมหมอครอครบถ้วนเข้ามาให้การดูแล คือตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2561

- a. จำนวนครั้งที่มารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน.....ครั้ง  
b. สาเหตุที่ต้องมารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน และค่าใช้จ่าย

ครั้งที่	สาเหตุที่ต้องมารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ค่าใช้จ่าย		
		Direct medical cost	Direct non-medical cost	Indirect cost

5. ข้อมูลคะแนน ADL

- 1) ช่วงแรก.....  
2) ช่วงที่สอง.....

6. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น HbA1C, INR, GFR, LDL-Cholesterol, Triglyceride เป็นต้น

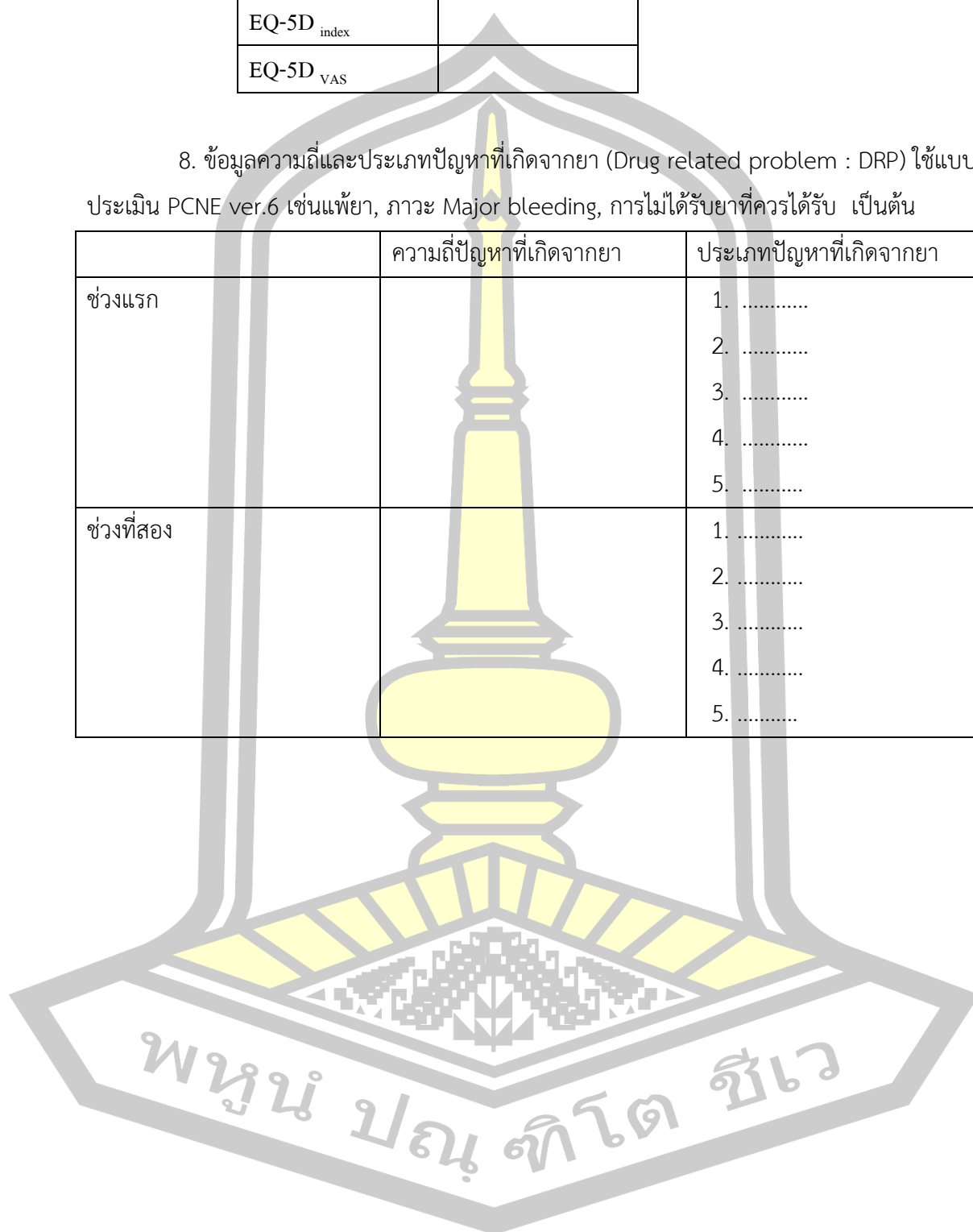
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ช่วงแรก	ช่วงที่สอง
HbA1C		
INR		
GFR		
LDL-Cholesterol		
Triglyceride		

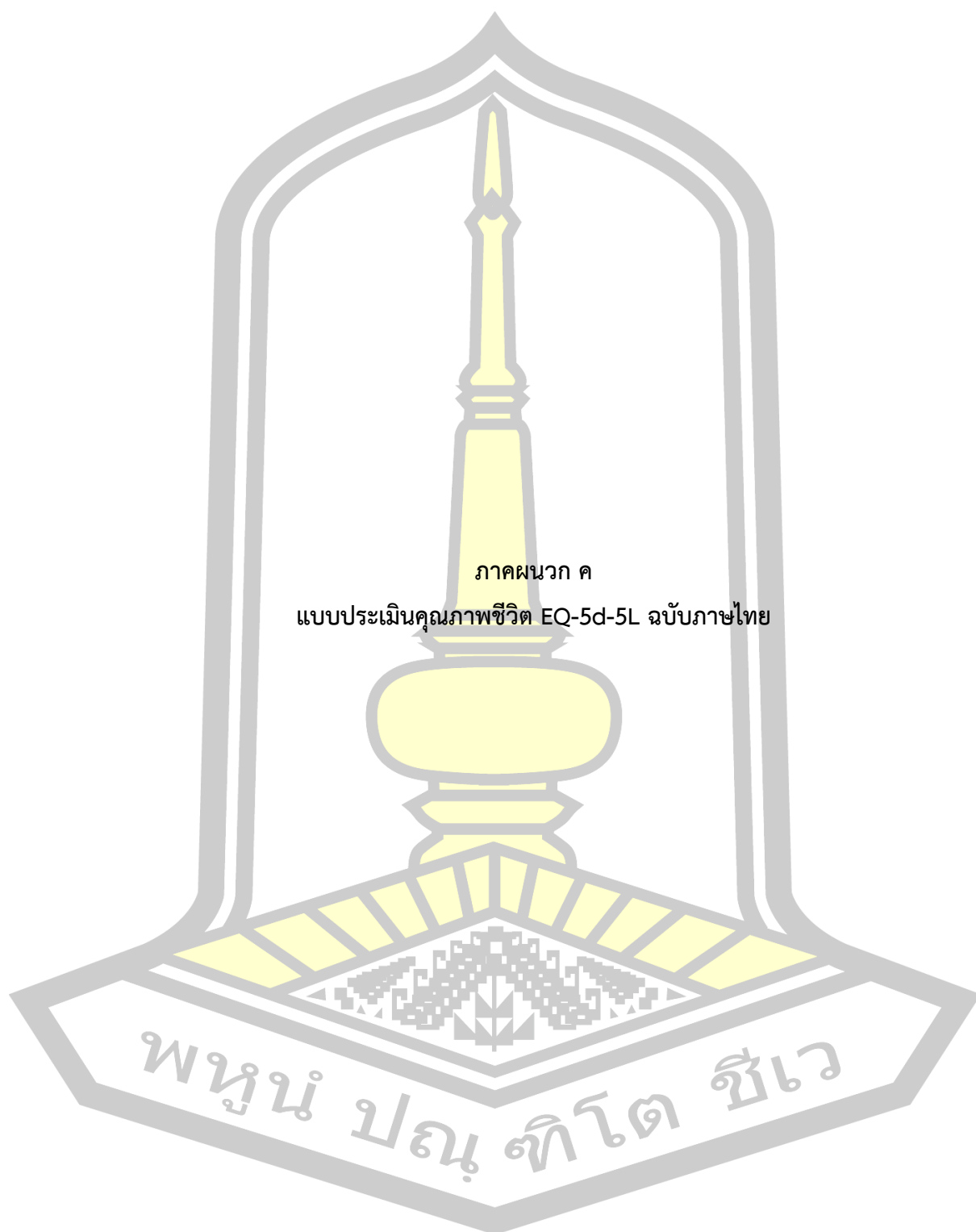
## 7. ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบประเมิน

EQ-5D <sub>index</sub>	
EQ-5D <sub>VAS</sub>	

## 8. ข้อมูลความถี่และประเภทปัญหาที่เกิดจากยา (Drug related problem : DRP) ใช้แบบประเมิน PCNE ver.6 เช่น แพ้ยา, ภาวะ Major bleeding, การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ เป็นต้น

	ความถี่ปัญหาที่เกิดจากยา	ประเภทปัญหาที่เกิดจากยา
ช่วงแรก		1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....
ช่วงที่สอง		1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....









แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ

ฉบับภาษาไทยสำหรับใช้ในประเทศไทย

*(Thai version for Thailand)*



ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม เพียงช่องเดียว ที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด.

#### การเคลื่อนไหว

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก
- ข้าพเจ้าเดินไม่ได้

#### การดูแลตนเอง

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก
- ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้

**กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)**

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก
- ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้

#### อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

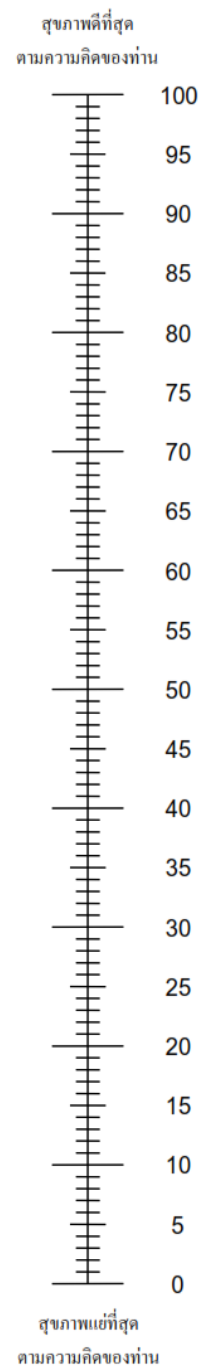
- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

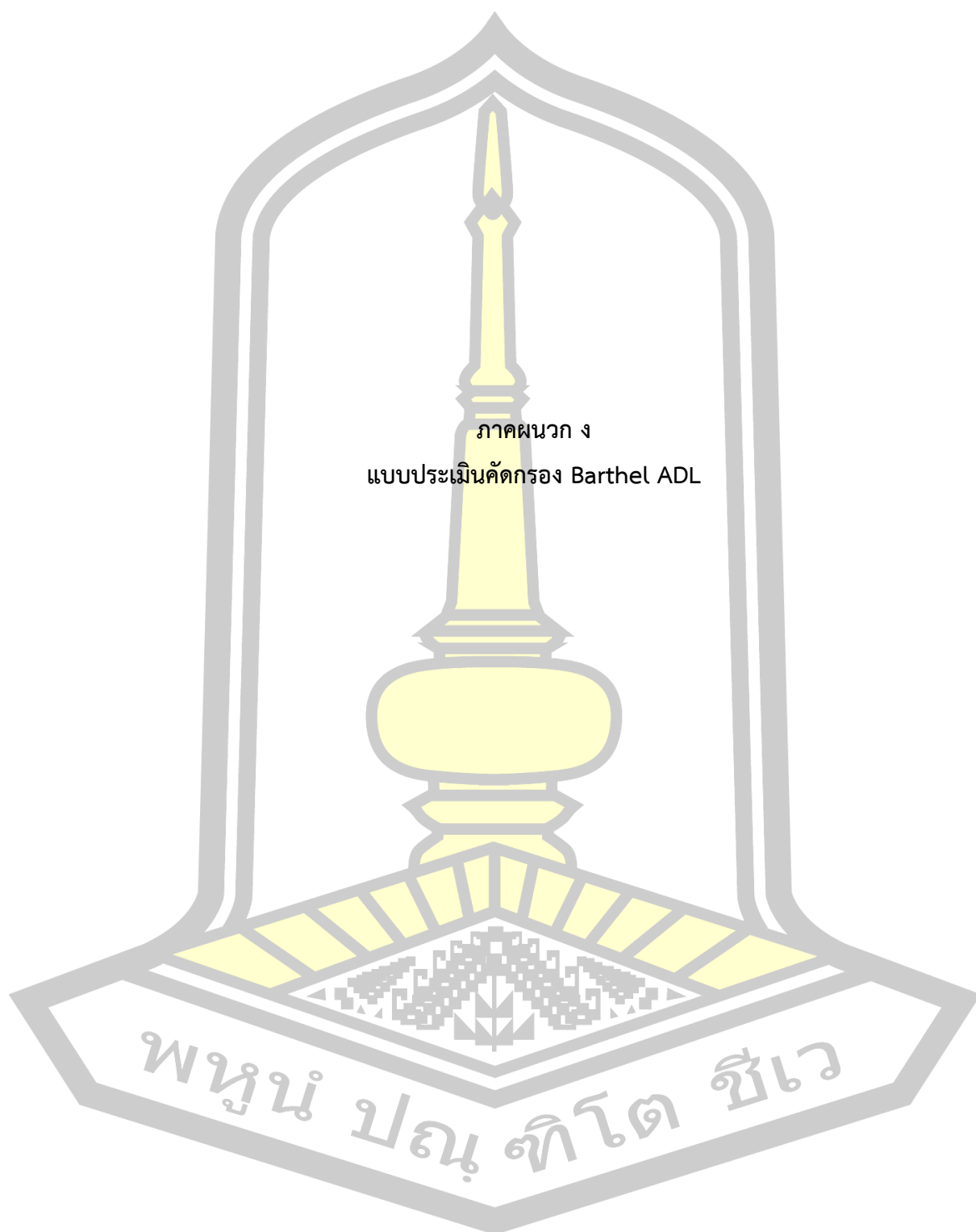
#### ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

- เรายกทราบบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100.
- 100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด ตามความคิดของท่าน.  
0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน.
- ทำเครื่องหมาย **X** บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้.

สุขภาพของท่านในวันนี้ =





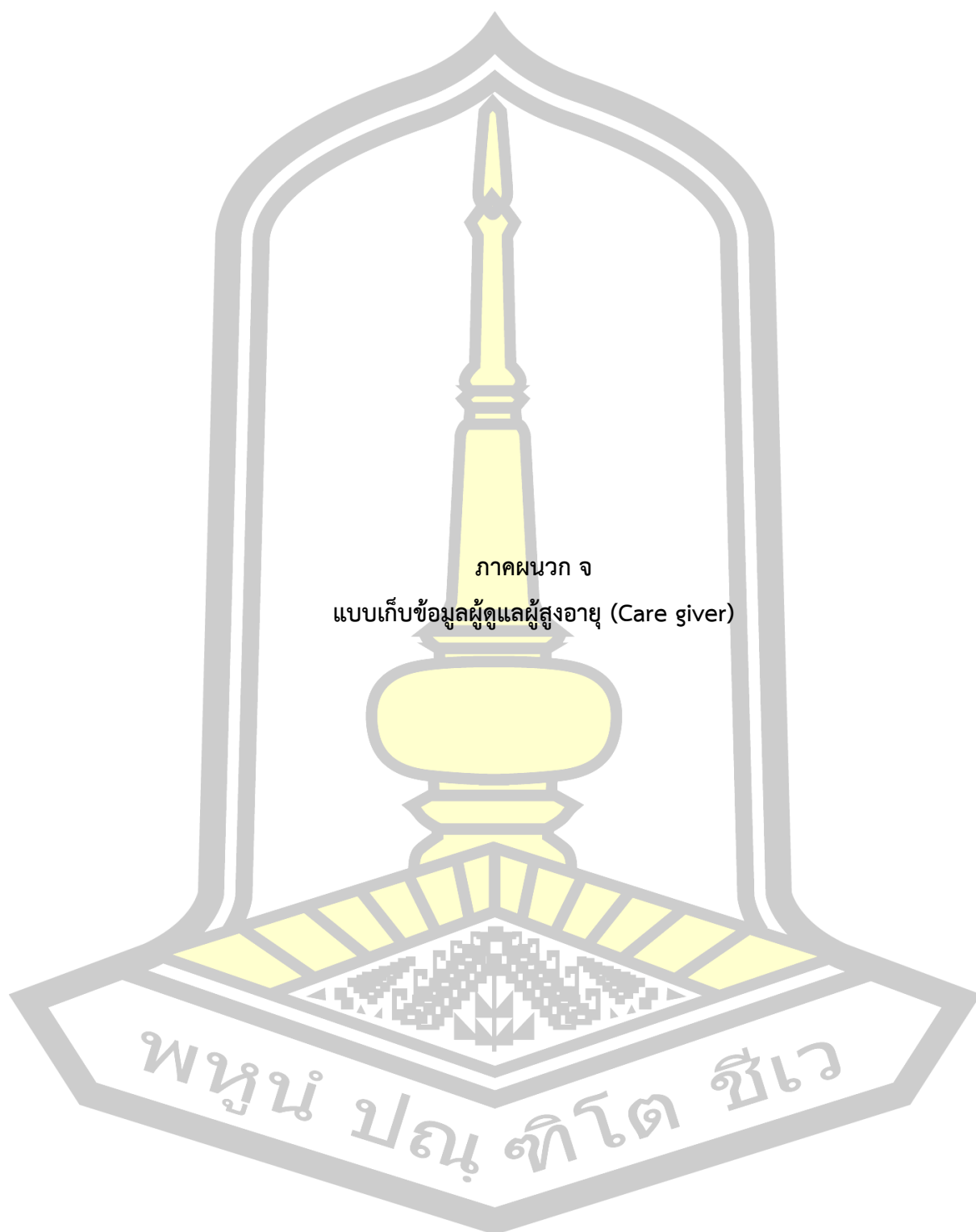


### แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

#### ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือดัดเป็นเส็กๆไว้ล่วงหน้า
  - 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
  - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
  - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้
  - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำทอม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
  - 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
  - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
  - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
  - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
  - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมห้องหรือประตูได้
  - 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำทอม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
  - 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
  - 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
  - 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
  - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)



แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)

### เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

#### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น การวิจัยครั้งนี้ไม่มีเจตนาที่จะประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรหรือหน่วยงานใด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและจะนำเสนอผลงานในภาพรวม ซึ่งมีได้แยกเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด จึงใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามตามสภาพจริง และครบทุกข้อ

2. แบบสอบถามนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 เป็นการสอบถามผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 3 มูลค่าความยินดีจะจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ทีมหมอครอบครัว

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาระในการดูแล Zarit Burden Interview

ส่วนที่ 5 แบบเก็บข้อมูลต้นทุนการให้บริการด้านสาธารณสุข

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางนวลจันทร์ แสนทอง

นิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรณ ทิโต ชิว

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือระบุข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
3. สถานภาพการสมรส  
( ) โสด ( ) สมรส  
( ) หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ ( ) อื่น ๆ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด  
( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย  
( ) ปวช. ( ) ปวส.  
( ) ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม  
( ) รัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ ( ) ธุรกิจส่วนตัว  
( ) พนักงาน หรือลูกจ้างบริษัทเอกชน ( ) รับจ้างทั่วไป  
( ) ไม่มีอาชีพ ( ) เกษตรกร ( ) อื่น ๆ.....
6. สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามในครัวเรือน  
( ) หัวหน้าครอบครัว ( ) คู่สมรสของหัวหน้าครอบครัว  
( ) บุตร ธิดาของหัวหน้าครอบครัว ( ) สามเณร หรือภรรยาของผู้ป่วย  
( ) บุตร ธิดาของผู้ป่วย ( ) พี่หรือน้องของผู้ป่วย  
( ) ญาติ ( ) ลูกจ้าง
7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน
8. รายได้ของท่านต่อเดือน  
( ) < 5,000 บาท ( ) 5,001 – 10,000 บาท  
( ) 10,001 – 15,000 บาท ( ) 15,001 – 20,000 บาท  
( ) > 20,001 บาท

9. รายได้สุทธิของครัวเรือน.....บาทต่อเดือน

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> < 10,000 บาท        | <input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 20,001 – 30,000 บาท | <input type="checkbox"/> 30,001 – 40,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 40,001 – 50,000 บาท | <input type="checkbox"/> 50,001 – 60,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 60,001 – 70,000 บาท | <input type="checkbox"/> > 70,001 บาท        |

10. ความเพียงพอของรายได้ประจำ

- เพียงพอ  ไม่เพียงพอ

11. ภาระหนี้สินของคุณ

- มีหนี้สิน  ไม่มีหนี้สิน

12. สถานะทางการเงิน

- มีเหลือเก็บ  ไม่มีเหลือเก็บ

13. ครอบครัวของท่านมีสมาชิกที่อยู่ในสถานะผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการ

การดูแลด้านสาธารณสุขจำนวน.....คน

14. มีผู้ดูแล (care giver) .....คน

15. สถานะผู้ตอบแบบสอบถาม

- ผู้ดูแลหลัก (สัดส่วนการดูแลมากกว่า 80%)  
 ผู้ร่วมดูแล (สัดส่วนการดูแล 50%)  
 ผู้ช่วยผู้ดูแลหลัก (สัดส่วนการดูแลน้อยกว่า 20% หรือดูแลเป็นครั้งคราว หรือ







ช่วยงานตามที่คุณดูแลหลักมอบหมาย)



ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามในส่วนนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับผลกระทบที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับจากปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว โดยขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว มีความรุนแรงระดับใด

ประเด็นผลกระทบ	ระดับความรุนแรงของผลกระทบ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่เลย
						
	5	4	3	2	1	0
1) ผลกระทบ (เกิดความไม่สะดวกสบาย) ในการดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ การเข้าสู่สุขภาพการรับประทานอาหาร เป็นต้น						
2) ผลกระทบในการต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย						
3) ขาดรายได้จากการหยุดงาน						
4) ผลกระทบค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้านเพื่อเอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้ป่วย						
5) ผลกระทบด้านการให้การดูแลฟื้นฟูทางการแพทย์ เช่นกายภาพบำบัด ความรู้เรื่องการทำอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น						
6) ผลกระทบด้านสุขภาพกาย เช่น ปวดเมื่อย สายตามืดปกติ						
7) ผลกระทบด้านสุขภาพจิต เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล						
8) เกิดผลกระทบต่อชีวิตท่านในภาพรวม						



#### ส่วนที่ 4 แบบวัดภาระในการดูแล Zarit Burden Interview

คำชี้แจง : โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านนานครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงปรนัย</b>					
1. ต้องรับผิดชอบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง					
2. มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง					
3. การดูแลผู้ป่วยรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล					
4. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน					
5. ต้องลางานหรือหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย					
6. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ					
7. การดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาในการร่วมกิจกรรมกับครอบครัวลดลง					
8. การดูแลผู้ป่วยทำให้เวลาในการดูแลสุขภาพลดลง					
9. การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับสมาชิกใน					
10. การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน					
11. สมาชิกในครอบครัวถูกผู้ป่วยทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ					
12. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
1. ผู้ดูแลกังวลใจกลัวไม่มีคนดูแลผู้ป่วย					
2. ผู้ดูแลกังวลว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย					
3. ผู้ดูแลกังวลใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย					
4. ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง					



ส่วนที่ 5 แบบเก็บข้อมูลต้นทุนการให้บริการด้านสาธารณสุข

1. ก่อนเข้าร่วมโครงการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว

Direct medical cost

แผนกที่มา	มูลค่า				รวม
	ยา	แล็บ	ค่าหัตถการ	อื่นๆ	
OPD					
ER					
IPD					

Direct non-medical cost

แผนกที่มา	จำนวนครั้งที่มาใน 1 ปี (ครั้ง)	จำนวนคน (คนไข้+ญาติ) (คน)	ค่าเดินทางต่อครั้งต่อคน (บาท)	ค่าอาหารต่อครั้งต่อคน (บาท)	ค่าใช้จ่ายอื่นๆต่อครั้งต่อคน (บาท)	ค่ามารับบริการ
OPD						
ER						
IPD						

Indirect cost

แผนกที่มา	จำนวนวันที่มาใน 1 ปี (วัน)	จำนวนคน (คนไข้+ญาติ) (คน)	ค่าเสียโอกาสต่อวันต่อคน (บาท)	ค่าเสียโอกาส
OPD				
ER				
IPD				

## 2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว

### Direct medical cost

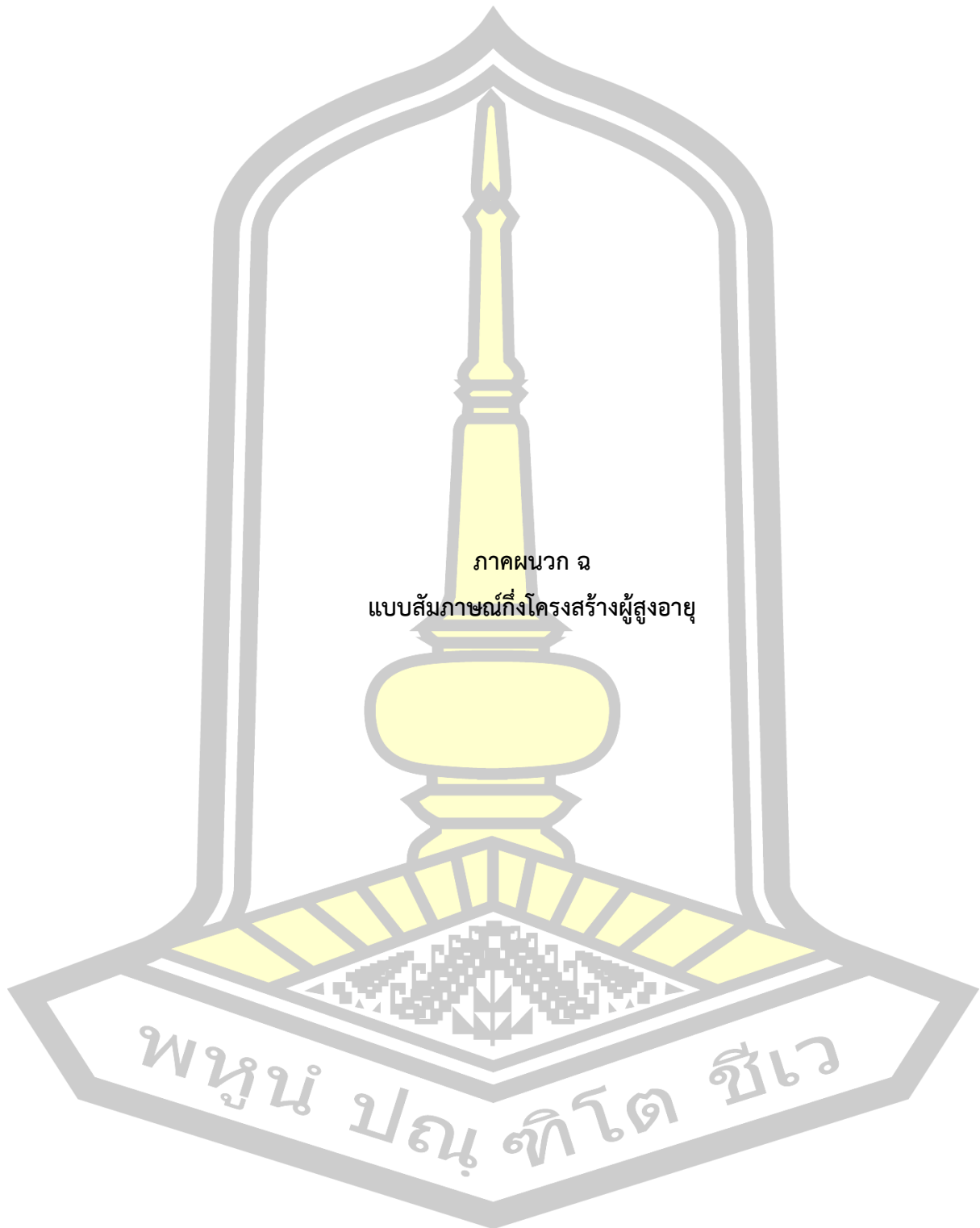
แผนกที่มา	มูลค่า				รวม
	ยา	แล็บ	ค่าหัตถการ	อื่นๆ	
OPD					
ER					
IPD					

### Direct non-medical cost

แผนกที่มา	จำนวนครั้งที่มาใน 1 ปี (ครั้ง)	จำนวนคน (คนไข้+ญาติ) (คน)	ค่าเดินทางต่อครั้งต่อคน (บาท)	ค่าอาหารต่อครั้งต่อคน (บาท)	ค่าใช้จ่ายอื่นๆต่อครั้งต่อคน (บาท)	ค่ามารับบริการ
OPD						
ER						
IPD						

### Indirect cost

แผนกที่มา	จำนวนวันที่มาใน 1 ปี (วัน)	จำนวนคน (คนไข้+ญาติ) (คน)	ค่าเสียโอกาสต่อวันต่อคน (บาท)	ค่าเสียโอกาส
OPD				
ER				
IPD				



## แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สวัสดีค่ะ คุณ..... ดิฉัน ภญ.นวลจันทร์ แสนกอง เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วันนี้ขออนุญาตสัมภาษณ์ เพื่อใช้ประกอบการเก็บข้อมูลวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอหนองพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อำเภอหนองพอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลด้านสาธารณสุขของทีมหมอครอบครัว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว

ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของท่านเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นค่ะ

1. คุณคิดว่าทีมหมอครอบครัวคือใคร

.....

2. คุณได้รับการบริการใดบ้างจากทีมหมอครอบครัว

.....

3. เพราะเหตุใดทีมหมอครอบครัวจึงมาดูแลคุณที่บ้าน

.....

4. คุณได้รับการบริการจากทีมหมอครอบครัวบ่อยแค่ไหน

.....

คำถามกระตุ้น

- 1) คุณได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวกี่ครั้ง
- 2) ทีมหมอครอบครัวมาให้บริการติดต่อกัน หรือไม่ อย่างไร

5. คุณได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพไข้หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

คำถามกระตุ้น

1) เมื่อคุณเกิดปัญหาสุขภาพ คุณได้รับการรักษา/การให้คำแนะนำ จากทีมหมอครอบครัวเพื่อแก้ปัญหาไข้หรือไม่

2) ทีมหมอครอบครัวได้ติดตามเพื่อประเมินผลการดูแล หรือการแก้ปัญหาสุขภาพของคุณไข้หรือไม่

6. เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่นอาการทรุดหนัก หรือเกิดปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่อาจแก้ไขได้ คุณทำอย่างไร

.....

.....

คำถามกระตุ้น

1) คุณใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยงานใด

2) ทีมหมอครอบครัวสามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่คุณได้หรือไม่

7. สิ่งอำนวยความสะดวกสิ่งใดบ้าง หรือบริการพิเศษใดบ้าง ที่คุณได้รับจากทีมหมอครอบครัว

.....

.....

8. คุณคิดว่าการดูแลจากทีมหมอครอบครัวส่งผลดีต่อสุขภาพของคุณอย่างไรบ้าง

.....

.....

9. หลังจากได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว คุณสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การเดิน การเคลื่อนไหว เป็นต้น ได้ดีขึ้นอย่างไรบ้าง

.....

.....

10. หลังจากได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว คุณคิดว่าสุขภาพของคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

.....

.....

11. คุณรู้สึกอย่างไรต่อการทำงานของทีมหมอบครว

คำถามกระตุ้น

- 1) คุณรู้สึกพึงพอใจต่อการทำงานของทีมหมอบครวหรือไม่
- 2) หากต้องให้คะแนนความรู้สึกพึงพอใจต่อการทำงานของทีมหมอบครว

คุณจะให้คะแนนเท่าไร (คะแนนเต็มสิบ)

12. นอกจากทีมหมอบครวยังมีบุคคล หรือหน่วยงานใดบ้างที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคุณ

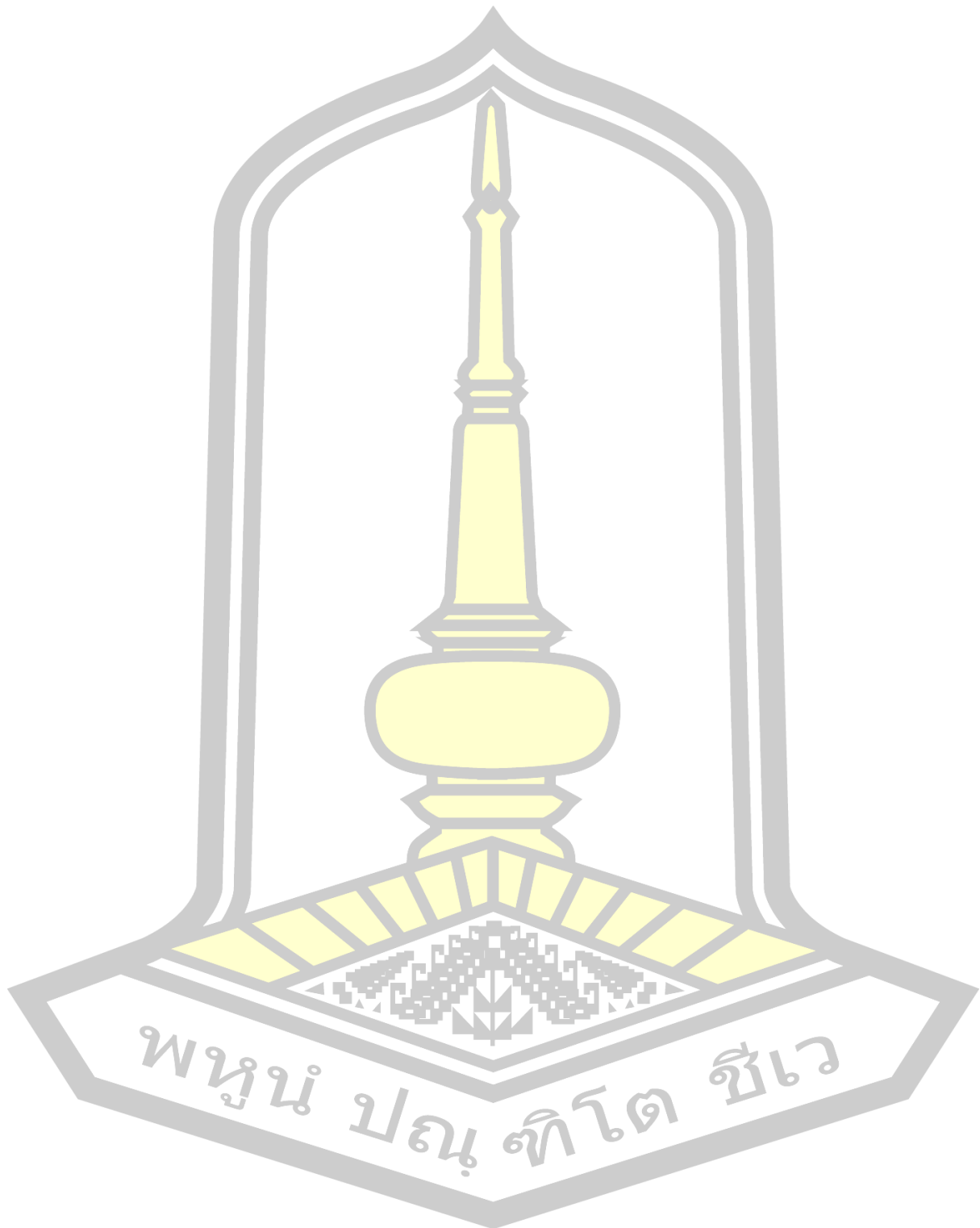
13. ในความคิดของคุณสัดส่วนของการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอบครว คิดเป็นร้อยละเท่าไร (กรณีมีผู้ดูแลสุขภาพหลายคน หรือหลายหน่วยงาน)

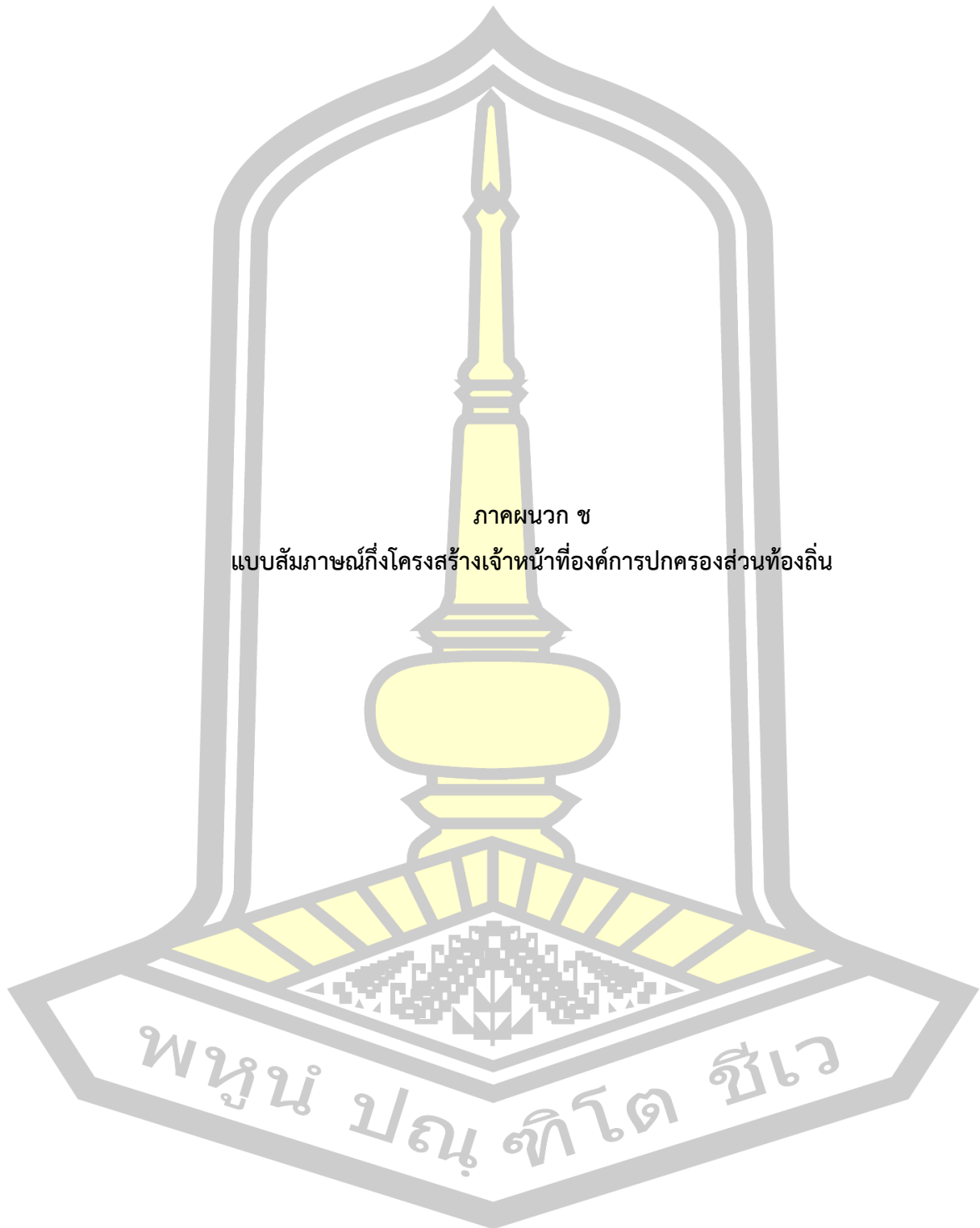
14. คุณมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการทำงานของทีมหมอบครว

คำถามกระตุ้น

- 1) สิ่งใดบ้างที่ติดอยู่แล้ว
- 2) สิ่งใดบ้างที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

พูน ปณ ทิโต ชีเว





ภาคผนวก ข  
แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

พหุ ประจันต์ ชัยเว



## แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เจ้าหน้าที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ

### นายก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

สวัสดีค่ะ คุณ..... ดิฉัน ภาณุ นวลจันทร์ แสนกอง เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วันนี้ขออนุญาตสัมภาษณ์ เพื่อใช้ประกอบการเก็บข้อมูลวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านคลินิกที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลด้านสาธารณสุขของทีมหมอครอบครัว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว

ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของท่านเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นค่ะ

1. คุณทราบหรือไม่ว่าทีมหมอครอบครัวคือใคร

.....

.....

2. คุณมีบทบาทหน้าที่อย่างไรต่อการทำงานของทีมหมอครอบครัว

.....

.....

คำถามกระตุ้น

- 1) คุณมีส่วนช่วยสนับสนุนการทำงานของทีมหมอครอบครัวหรือไม่ อย่างไร
3. กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสะอาด ได้ดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

4. คุณคิดว่าสิ่งใดเป็นปัจจัยที่ช่วยเอื้อให้การทำงานของทีมงานรอบคอบประสบความสำเร็จ

ความสำเร็จ

5. คุณคิดว่าสิ่งใดเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมงานรอบคอบ

คำถามกระตุ้น

2) สามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นได้อย่างไร

6. คุณรู้สึกอย่างไรต่อการทำงานของทีมงานรอบคอบ

คำถามกระตุ้น

3) คุณรู้สึกพึงพอใจต่อการทำงานของทีมงานรอบคอบหรือไม่

4) หากต้องให้คะแนนความรู้สึกพึงพอใจต่อการทำงานของทีมงานรอบคอบ

คุณจะให้คะแนนเท่าไร (คะแนนเต็มสิบ)

7. คุณคิดว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับประโยชน์อย่างไรจากการทำงานของทีมงานรอบคอบ

8. คุณคิดว่าสังคมจะได้รับประโยชน์อย่างไรจากการทำงานของทีมงานรอบคอบ

พจน ปรณ ทีโต ชิว



### แนวคำถามการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัว

สวัสดีค่ะ คุณ..... ดิฉัน ภญ.นวลจันทร์ แสนทอง เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วันนี้ขออนุญาตดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ประกอบการเก็บข้อมูลวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ศูนย์ดูแลระยะยาว ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านคลินิกที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลด้านสาธารณสุขของทีมหมอครอบครัว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว
4. เพื่อวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI ) ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของท่านเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นค่ะ

1. ทีมหมอครอบครัวเกิดขึ้นได้อย่างไร
2. บทบาทหน้าที่ของทีมหมอครอบครัวคืออะไร
3. บทบาทของแต่ละวิชาชีพในทีมหมอครอบครัวเป็นอย่างไร
4. ทีมหมอครอบครัวใช้ทรัพยากรอะไรบ้างในการดำเนินกิจกรรม
5. ในความคิดของท่านทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรมนั้น เพียงพอหรือไม่อย่างไร
6. ท่านพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของทีมหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของทีมหมอครอบครัว
8. ท่านมีวิธีแก้ปัญหาอย่างไรเพื่อให้การทำงานของทีมหมอครอบครัวประสบความสำเร็จ
9. ท่านคิดว่าผู้ป่วยได้อะไรจากกิจกรรมของทีมหมอครอบครัว
10. ท่านคิดว่าชุมชน หรือสังคมได้ประโยชน์อย่างไรจากกิจกรรมของทีมหมอครอบครัว

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางนวลจันทร์ แสนกอง
วันเกิด	วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 39/464 หมู่บ้านแลนด์แอนด์เฮาส์พาร์ค ถนนเลียงเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลน้ำพอง เลขที่ 122/2 ถนนมิตรภาพ ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40140
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2562 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว