

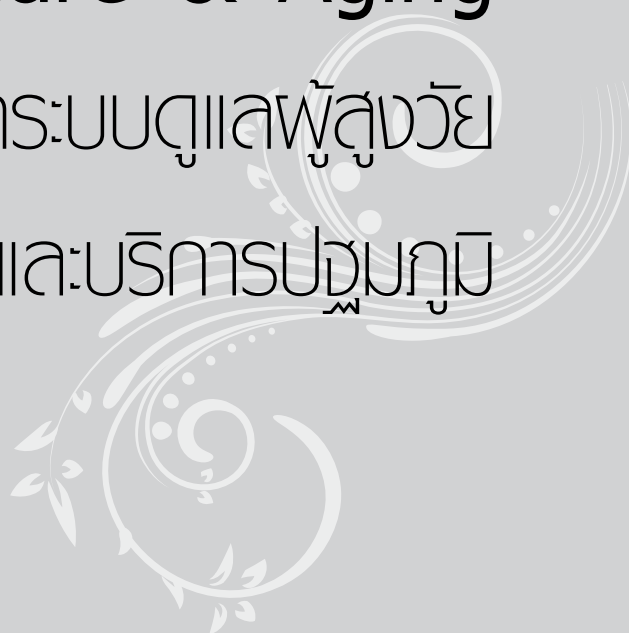
พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ หัวใจอยู่ที่ชุมชนและบริการปฐมภูมิ





Primary Care & Aging

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ
หัวใจอยู่ที่ชุมชนและบริการปฐมภูมิ



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนและภาควิชาการร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทพงษ์ วะสี
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สลม แจ่มอุลิตร์ตัน
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ประธานสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
นายกทันตแพทยสภา
นายกสภาเทคนิคการแพทย์
ประธานชมรมแพทย์ชนบท
ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
นายกสภาการพยาบาล
นายกสภาเภสัชกรรม
นายกสภากายภาพบำบัด
ประธานชมรมทันตสาธารณสุข
ประธานชมรมเภสัชกรรมชนบท
ประธานชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

รองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงอรรณณ ตะเวทิพงศ์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิน หัตถิรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บัณฑิตพงษ์ เกษสมบุญ
นายแพทย์วิโรจน์ วรรณภิระ
นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ
นายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ
แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร
นายแพทย์จตุภูมิ นิลศรี
นายแพทย์ก้องภพ สีละพัฒน์
ผู้แทนสภาการพยาบาล
ผู้แทนชมรมเภสัชกรรมชุมชน
นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์
นางสาวสมาลี ประทุมนันท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพรัชศักดิ์ เลิศตระการนนท์
นายแพทย์ไกรสร วรดิถี
นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์
นายแพทย์พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์
นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ
นายแพทย์สตาจค์ ศุภผล
นายแพทย์ธีรภาพ ลีวัณชัย
นายแพทย์โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ
ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์
ผู้แทนชมรมแพทย์ชนบท
นางสุนณา ดัณฑเศรษฐี

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสายใจ วอนขอพร
นางสาวผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ
ทพญ.สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ
นางทัศนีย์ ญาณะ
นางนงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์
นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์

สนับสนุนการผลิตโดย

โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Thai-European Health Care Reform Project)

สถานที่ติดต่อ

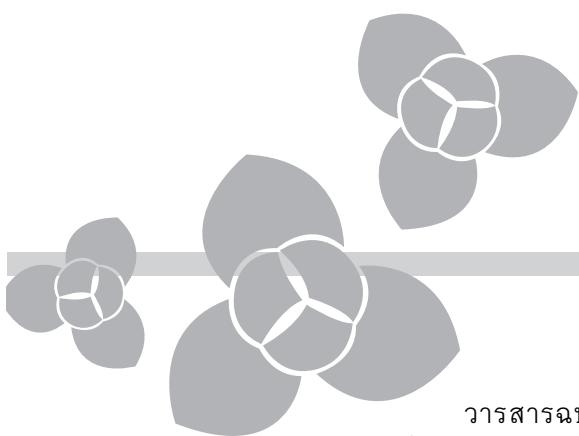
สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5901851-2 โทรสาร 02-5901839

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

www.thaiichr.org
www.hcrp.or.th

สารบัญ

เปิดเล่ม	4 – 6
๑ มติที่ต้องพิจารณาใหม่ในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ	4
นิพนธ์ต้นฉบับ	7–31
๑ การสร้างและหาประสิทธิภาพวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย หมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	6
๑ การพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก	13
๑ รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน	22
บทความปริทัศน์	32–40
๑ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม กับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน	32
๑ การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ	37
บทความพิเศษ	41–47
๑ จริงหรือไม่? ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยอาจล้มละลายจากปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต บทวิเคราะห์และทางเลือกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	41
บทความ	48–52
๑ พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ คำตอบอยู่ที่ชุมชน	48
๑ RCFPT - really promoting family medicine?	52
Case Report	53–61
๑ เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทที่ทำทนายในงานปฐมภูมิ	53
๑ ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบคนไข้เป็นศูนย์กลาง	57
บ้านเขานบ้านเรา	62–69
๑ เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ สู่... การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 2)	62
เรื่องเล่าจากเครือข่าย	70–75
๑ 2 แพทย์เวชศาสตร์ไทยคว้าทุนสูงสุด ITS	70
๑ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (5 weekend Workshop in Family Medicine) เวทีดีๆ เพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวไทย	72
๑ ตามไปดูผู้สูงอายุในญี่ปุ่น	74
มองด้วยใจ	
ความจำสั้น แต่รักฉันทาว	76
แนะให้อ่าน	78



มิติที่ต้องพิจารณาใหม่ ในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับที่สอง หลังจากที่ออกไปแล้วหนึ่งเล่มในเรื่อง partnership ฉบับนี้มีเนื้อหาหลักคือ **ผู้สูงอายุ** ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นสำคัญสำหรับสังคมยุคปัจจุบันและสังคมในอนาคตที่ไทยมีแนวโน้มเป็น aging society หมายถึง สัดส่วนของผู้สูงอายุสูงมากกว่าร้อยละ 10 รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญสำหรับคนทำงานบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ที่จะมามีบทบาทร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลประชากรกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การทำงานกับผู้สูงอายุนั้น มีเรื่องราวที่ต้องทำความเข้าใจในหลายประเด็น เริ่มตั้งแต่เรื่องสำคัญคือแนวคิด ทันคติการทำงาน ขยายต่อไปถึงการเข้าใจสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่มีศักยภาพและปัญหาทั้งที่เหมือนและต่างจากประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งการมีทักษะการดูแลเพิ่มเติมในด้านสังคม ด้านการแพทย์ ด้านกายและด้านจิตใจที่มีประเด็นการดูแลแตกต่างไปจากการดูแลประชากรกลุ่มอื่น

แนวคิด มุมมองต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีทั้งที่เห็นว่าผู้สูงอายุคือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง มีความเสื่อมทางร่างกายมากที่ต้องดูแลเป็นการเฉพาะ ซึ่งเป็นมุมมองในลักษณะที่เป็นความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุและเป็นภาระที่สังคมต้องดูแลช่วยเหลือ ในขณะที่อีกมุมมองหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมายาวนาน มีความรู้และภูมิปัญญาที่สะสมอยู่ในตนเอง เป็นกลุ่มที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม ทั้งในด้านการเป็นบุคคลที่เคารพนับถือ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของลูกหลานและเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีฝีมือ ทักษะที่ติดตัว สามารถถ่ายทอดให้แก่คนรุ่นใหม่ได้ มุมมองที่ต่างกันนี้เป็นได้ทั้งมุมที่ผู้สูงอายุมองตนเอง และกลุ่มคนอื่นมองผู้สูงอายุ อันมีผลกระทบอย่างมากต่อแนวทางการพัฒนาและการจัดระบบที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์มักจะมองผู้สูงอายุในส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพ และมองทางด้านร่างกาย ทำให้มองแบบเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องช่วยเหลือ โดยละเลยการกระตุ้นศักยภาพที่มีอยู่ในผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลขาดมิติการเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน การจัดระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุสามารถจัดได้ทั้งที่ใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ เพื่อการดูแลตนเอง ดูแลกันเอง และให้คุณค่าศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่ละเลยที่ต้องค้นหาหรือดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้อย่างเต็มที่ หากเราเข้าใจและมีมุมมองที่เห็นลักษณะสองด้านของผู้สูงอายุ ก็จะทำให้มีการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย ไม่เหมือนกันหมดทุกคน และมีการจัดการที่มากกว่าการสงเคราะห์ช่วยเหลือ แต่มีการเสริมศักยภาพ เสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุไปด้วย



สถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องมีคนดูแล มีจำนวนร้อยละ 88 มีคนดูแลร้อยละ 11 และที่ต้องการคนดูแลแต่ไม่มี ร้อยละ 1 (ศิริวรรณ ศิริบุญ 2552) ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ในความดูแลของลูกหลาน บุคคลในครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลทั้งในด้านการเงิน และการดูแลทางสังคม ระบบอื่นในสังคมยังมีบทบาทน้อยซึ่งแตกต่างจากประเทศทางตะวันตก

ผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจุบันสามารถแบ่งผู้สูงอายุได้หลายลักษณะคือ แบ่งตามอายุวัย ได้แก่ รุ่นเยาว์ (60-75 ปี) รุ่นกลาง (75-85 ปี) รุ่นใหญ่ (มากกว่า 85 ปี) หรือตามสภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มที่สุขภาพดี กลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง และ/มีภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มที่ห่อหมก/งอม/บอบบาง (frail elderly) และตามสภาพการพึ่งพิง คือ กลุ่มพึ่งตนเองได้ดีไม่ต้องพึ่งพาเลย กลุ่มที่ต้องพึ่งพาบางส่วน กลุ่มที่ต้องพึ่งพาทั้งหมด และกลุ่มที่ติดเตียง ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มย่อมต้องการการดูแลที่ไม่เหมือนกัน บทบาทของบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขย่อมต้องมีบทบาทแตกต่างกัน อาทิเช่น กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ดี เจ้าหน้าที่ควรเฝ้าระวังและกระตุ้น เสริมให้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีบทบาทช่วยเหลือคนอื่นได้ ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมาก เจ้าหน้าที่ย่อมต้องมีบทบาทลงไปดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ แต่ก็ไม่ใช่เลยที่กระตุ้น เสริมพลัง หรือศักยภาพที่ดีของผู้สูงอายุคนนั้นๆ และครอบครัวด้วย

สภาวะของผู้สูงอายุมีลักษณะที่เปลี่ยนไปทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมแวดล้อม มีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพทางกายที่ทรุดหนักได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไป มีสภาพจิตใจที่สับสนและได้รับผลกระทบจากสภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องมายาวนาน มีแนวโน้มต่อภาวะซึมเศร้าได้มาก และมีสภาพแวดล้อมที่มีบทบาทในการทำงาน ในการหาเลี้ยงชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ความรู้สึกต่อคุณค่าของตนเองเปลี่ยนไป และบุคคลรอบข้างมีมุมมองต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ทำให้ลักษณะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอย่างมาก จำเป็นที่เจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับปฐมภูมิจะต้องมีความเข้าใจและมีความรู้ ทักษะในการประเมินสภาวะและการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเท่าทันและเหมาะสม

การที่ปัจจัยเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีมากมาย หลายมิติ และซับซ้อน การจัดการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุจึงไม่สามารถจัดการได้โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขแต่เพียงส่วนเดียว ฉะนั้นการประสานความร่วมมือกับภาคีหน่วยต่างๆ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากเรื่องหนึ่งที่ละเลยไม่ได้ เพื่อเป้าหมายคือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ขณะเดียวกันสังคมไทยที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ลักษณะครอบครัวก็มีลักษณะที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้น วิถีชีวิตทางสังคมก็เปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ระบบทางสังคมจึงต้องมีการปรับตัว และพัฒนาเพื่อรองรับลักษณะประชากรใหม่ที่กำลังเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วนี้

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ ได้เสนอเนื้อหาในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ แต่เน้นที่การจัดการผู้สูงอายุในเชิงระบบเป็นหลัก โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในชุมชน และการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมินำเสนอแนวคิด มุมมองใหม่ในการทำงาน การจัดระบบผู้สูงอายุในชุมชน ทางเลือกการจัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินทางคลินิก บทเรียนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ บทเรียนการจัดการผู้สูงอายุในต่างประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น ซึ่งหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการกระตุ้นให้มีแนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสังคมไทยต่อไป แต่วารสารนี้ก็ยังมีเนื้อหาสาระอื่นๆ ที่เป็นสาระประจำของวารสาร ได้แก่ ข่าวคราวความเคลื่อนไหวของเพื่อนสมาชิกในเครือข่ายต่างๆ ■

พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร

การสร้างและหาประสิทธิภาพวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย หมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

The Construction and Efficacy of Educational Method on Thai Vegetable Exchange Lists for Diabetes Patient

นพ.โกดิน ศักรินทร์กุล

พ.บ.,ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

Pokin Sakarinkhul MD, RCFT Department of Social Medicine, Lamphun Hospital

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่การปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคกลับได้รับความสนใจน้อย ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ให้ความรู้เบาหวานขาดสื่อที่เหมาะสมในการสอนผู้ป่วย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและหาประสิทธิภาพวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยหมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 คน ซึ่งรับการรักษาในเครือข่ายศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลมะเขือแจ้ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ถูกสุ่มแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อรับการให้ความรู้ขณะมารับยาเบาหวานกับแพทย์ โดยกลุ่มที่ 1 จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามขั้นตอนปกติ กลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน ได้รับการสอนโดยผู้ให้ความรู้อ่านบัตรให้ความรู้เรื่องผักให้ฟัง และกลุ่มที่ 3 จำนวน 18 คน ได้รับการสอนโดยใช้จิวแจวโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ถูกสร้างขึ้น และผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป พบว่า คะแนนจากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานในกลุ่มที่ 2 ซึ่งสอนโดยใช้บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงานมีค่าสูงกว่าการรักษาตามขั้นตอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลคะแนนจากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานในกลุ่มที่ 3 ซึ่งใช้จิวแจวโมเดลมีค่าสูงกว่าการรักษาตามขั้นตอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานในกลุ่มที่ 3 ซึ่งใช้จิวแจวโมเดลมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งสอนโดยใช้บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ฉะนั้นการใช้สื่อที่มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงและมีความน่าสนใจจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มมากขึ้นได้

Abstract

This study compared efficacy of paper-assisted vs. model-assisted method of vegetable education for diabetes patient in improving dietary knowledge. Fifty-nine persons with noninsulin-dependent diabetes were randomly divided into 3 groups; routine, paper-assisted and model-assisted educational methods. Self-administrated questionnaire and test were built and used to collect personal data and to evaluate knowledge about Thai vegetable exchange lists. Score in paper-assisted and model-assisted educational method were significant greater than routine method ($p < 0.05$). Despite the score in model-assisted group were greater than paper-assisted group, few differences were seen ($p = 0.3$). Diabetic educator need to have enough proper resources to fulfill diabetes educational programs.

ประเด็นสำคัญ

เบาหวาน

การให้ความรู้

รายการอาหารแลกเปลี่ยน

ลำพูน

Keywords

Diabetes

Instruction, nutrition education methods

Exchange lists

Lamphun

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด¹ คือโรคเรื้อรังประจำตัวอันดับ 1 ของคนไทย โดยร้อยละ 28 ของคนไทยป่วยด้วยโรคดังกล่าว และโรคในกลุ่มหัวใจหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดตีบหรือหลอดเลือดแตก¹ โรคเหล่านี้ได้คร่าชีวิตคนไทยรวมปีละกว่า 65,000 คน¹ ปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวคือ เบาหวาน แต่จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 กลับพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 1.9 ในเพศชาย ร้อยละ 1.7 ในเพศหญิงได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา² แต่ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันหรือยาฉีดอินซูลินแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 24.1 ในเพศชาย และร้อยละ 33.9 ในเพศหญิงก็ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหลังอดอาหารให้เหมาะสมได้² ซึ่งจากการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก พบว่าการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษา การดูแลสุขภาพทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ในด้านบริโภคกลับมีระดับดินน้อยกว่าด้านอื่น³ ทั้งนี้แนวเวชปฏิบัติโครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ระบุว่า เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาบำบัดเป็นเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นและเป็นมาตรฐานที่ต้องให้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴ แต่ผู้ให้บริการอาจมีข้อจำกัดบางประการทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ดังกล่าวได้ เช่น การขาดสื่อการให้ความรู้ที่เหมาะสม

การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ปัจจัยหนึ่งคือการมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แต่ในเวชปฏิบัติประจำวัน การให้ความรู้ดังกล่าวอย่างครอบคลุมอาจทำได้ยาก และบางครั้งอาจเพียงบอกแก่ผู้ป่วยว่าให้รับประทานผักแต่ไม่ได้จำเพาะเจาะจงว่าเป็นผักประเภทใด ซึ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแล้วการเข้าใจเรื่องอาหารโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus diet) คุณค่าอาหารแลกเปลี่ยนโรคเบาหวาน หรือรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย (Thai Food Exchange List)^{6,7} เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงสภาวะโภชนาการของผู้ป่วย น้ำหนักตัวของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงกับภาวะปกติ และป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน⁷ การบอกให้ผู้ป่วยรับประทานผักโดยไม่ได้ชี้แจงถึงประเภทของผัก อาจทำให้ผู้ป่วยหันไปรับประทานผักประเภท ข. ที่ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรีต่อส่วน^{6,7} เพียงอย่างเดียวโดยไม่ตั้งใจ เป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีพอ

แม้สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย (Thai Dietetic Association) ได้จัดทำหุ่นจำลองอาหาร (Food Model) เพื่อใช้เป็นสื่อในการสอนแก่ผู้ป่วย แต่ราคาของสื่อชุดเล็ก 25 ชิ้น ซึ่งอยู่ที่ 9,000 บาท ชุดกลาง 50 ชิ้น 18,000 บาท และชุดใหญ่ 75 ชิ้น 27,000 บาท หากรวมกระเปาะบรรจุโมเดลจะมีราคาถึง 12,500 บาท 22,500 บาท และ 35,000 บาท ตามลำดับ (ราคาสำรวจเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552) อาจเป็นอุปสรรคแก่สถานบริการปฐมภูมิที่ต้องการสื่อชนิดนี้ได้ นอกจากนี้ หุ่นจำลองอาหารดังกล่าวไม่ได้มีรายละเอียดติดไว้ที่ตัวสื่อ จำเป็นต้องจัดทำรายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อวางสื่อไว้ให้ผู้ป่วยและผู้สนใจศึกษาได้ด้วยตนเอง การวิจัยครั้งนี้จึงได้สร้าง “จิ๋วแจ๋วโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model)” เพื่อเป็นสื่อทางเลือกในการให้ความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยพร้อมทั้งดำเนินการหาประสิทธิภาพวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยหมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวานด้วย

วัตถุประสงค์

1. จัดทำสื่อทางเลือกในการให้ความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย
2. หาประสิทธิภาพวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยหมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้สื่อทางเลือกในการให้ความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยที่มีราคาถูกและผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง
2. ทราบถึงประสิทธิภาพวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยหมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴ และไม่มีข้อยกเว้นดังต่อไปนี้

1. เจ็บป่วยด้วยโรคหรือภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการมองเห็น การได้ยิน และการเข้าใจภาษา
2. ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
3. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและหรือไม่ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

วิธีการดำเนินวิจัย

สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการสอน ประกอบไปด้วยเครื่องมือสองชนิดคือ

เครื่องมือชนิดที่ 1 บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน

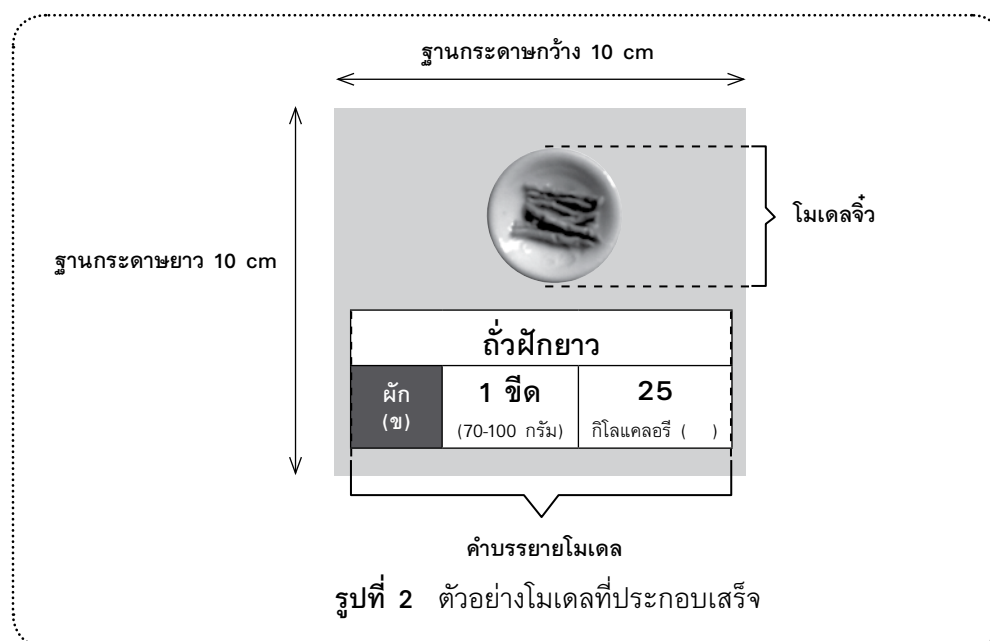
สุ่มอย่างง่าย (Simple random) เพื่อเลือกตัวอย่างผักประเภท ก. และผักประเภท ข. มาอย่างละ 5 ชนิด นำมาพิมพ์เป็นบัตรที่มีข้อความว่า “ผักมีหลายชนิด ให้พลังงานแตกต่างกัน จัดแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภท ก. ผัก 1 ส่วนคือผักดิบ 1 ชีดหรือ 70-100 กรัมให้พลังงานต่ำมาก ได้แก่ กะหล่ำปลี มะเขือเทศ พักเขียว ผักกาดสลัด ดอกกะหล่ำ ประเภท ข. ผัก 1 ส่วนคือผักดิบ 1 ชีดหรือ 70-100 กรัม ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี ได้แก่ พักทอง แครอท เห็ดนางรม บร็อกโคลี่ ถั่วพักรยาว” สำหรับผู้ให้ความรู้อ่านให้แก่ผู้ป่วยฟัง

เครื่องมือชนิดที่ 2 จิวแจวโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model) ประดิษฐ์ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ตัดกระดาษแข็งเพื่อทำเป็นฐานกว้าง 10 ซม. ยาว 10 ซม.
2. จัดพิมพ์ข้อมูลที่จำเป็นลงบนกระดาษขาว (รูปที่ 1)



3. นำโมเดลจิ๋วมาติดกับแผ่นกระดาษแข็ง และนำกระดาษกาวที่มีข้อมูลมาติด (รูปที่ 2)



จากนั้น นำโมเดลที่ประดิษฐ์เสร็จมาประกอบการให้ความรู้ โดยกล่าวเนื้อหาให้เหมือนกับที่อยู่ในบัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน

คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานตามนิยามศัพท์จำนวน 59 คน ที่ทำการรักษาเบาหวานกับแพทย์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลมะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน หรือเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนข้างเคียง

ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random) และได้รับความรู้โดยวิธีแตกต่างกัน 3 วิธีได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ได้รับการรักษาตามขั้นตอนปกติ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนโดยใช้บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน จำนวน 21 คน ได้รับการสอนโดยผู้ให้ความรู้อ่านบัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนโดยใช้จิ๋วจำลองโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model) จำนวน 18 คน ได้รับการสอนโดยผู้ให้ความรู้กล่าวเนื้อหาให้เหมือนกับที่อยู่ในบัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน ประกอบกับใช้จิ๋วจำลองโมเดล จำนวน 10 ชิ้น ซึ่งถูกแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ด้านละ 5 ชิ้นตามประเภท โดยผักประเภท ก. อยู่ทางซ้ายมือของผู้ป่วย และผักประเภท ข. อยู่ทางขวามือของผู้ป่วย

ทั้งสามกลุ่มได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์คนเดียวกัน และได้รับวิธีการให้ความรู้ตามกลุ่มที่ถูกเลือก ระหว่างรอรับยาจะได้รับการทดสอบความรู้จากแบบสอบถามแบบกรอกเอง (Self administrated questionnaire) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องผักให้พลังงานจำนวน 10 ข้อ มี 2 ตัวเลือก (2-choice questionnaire) ให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่า ผักที่ยกตัวอย่าง 1 ส่วนให้พลังงานน้อยมากหรือให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี หากตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน ถ้าไม่ตอบหรือตอบผิดจะไม่ได้คะแนน

ทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ Cronbach⁸ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนจากการทำแบบทดสอบโดยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละ
2. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ t-test⁸

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศและอายุของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	รวม สามกลุ่ม
สื่อที่ใช้สอน		รักษาตามขั้นตอนปกติ	บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน	จิวแฉ่วโมเดล	
จำนวน (คน)		20	21	18	59
เพศ (คน)	ชาย	6	3	5	14
	หญิง	14	18	13	45
อายุ (ปี)	ต่ำสุด	44	41	44	41
	สูงสุด	75	80	71	80
	เฉลี่ย	59.0	60.5	57.8	59.2
	SD	9.17	9.37	8.61	8.99

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 มีจำนวน 20, 21 และ 18 คน ตามลำดับ โดยในแต่ละกลุ่มมีผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มอยู่ที่ 59.0, 60.5 และ 57.8 ปี ตามลำดับ ทั้งนี้อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดคือ 59.2 ปี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบของผู้ป่วยเบาหวานที่สอนด้วยวิธีต่างๆ

กลุ่ม	สื่อที่ใช้สอน	จำนวน N	ค่าเฉลี่ย X	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD
กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)	ได้รับการรักษาตามขั้นตอนปกติ	20	2.90	3.01
กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง 1)	บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน	21	5.90	3.10
กลุ่มที่ 3 (กลุ่มทดลอง 2)	จิวแฉ่วโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model)	18	6.94	3.10
รวม		59	5.20	3.47

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องผักให้พลังงาน มีคะแนนเฉลี่ย 5.20 และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.47 เมื่อพิจารณาแต่ละกลุ่มจะพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ซึ่งได้รับการสอนโดยใช้จิวแจวโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ส่วนค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้ง 3 กลุ่มมีค่าพอๆ กัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนจากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

ผล	วิธีการ	สื่อที่ใช้สอน	N	X	SD	t	หมายเหตุ
1	กลุ่มที่ 1	ได้รับการรักษาตามขั้นตอนปกติ	20	2.90	3.01	3.15*	p < 0.05
	กลุ่มที่ 2	บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน	21	5.90	3.10		
2	กลุ่มที่ 1	ได้รับการรักษาตามขั้นตอนปกติ	20	2.90	3.01	4.08*	p < 0.05
	กลุ่มที่ 3	จิวแจวโมเดล	18	6.94	3.10		
3	กลุ่มที่ 2	บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน	21	5.90	3.10	1.04	p = 0.3
	กลุ่มที่ 3	จิวแจวโมเดล	18	6.94	3.10		

จากตารางพบว่า คะแนนจากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานที่สอนโดยใช้บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน มีค่าสูงกว่าการรักษาตามขั้นตอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ผลของการสอนเรื่องผักให้พลังงานที่สอนโดยใช้จิวแจวโมเดล มีค่าสูงกว่าการรักษาตามขั้นตอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนจากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานที่สอนโดยใช้บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงานกับการสอนโดยใช้จิวแจวโมเดลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการเลือกสื่อที่จะนำมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานนั้น จำเป็นต้องมีการเลือกสื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเฉพาะสื่อที่เกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องอาหาร ซึ่งหากมีการติดตามผลข้อมูลที่จำเป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานแบบตัวต่อตัวโดยใช้สื่อที่มีเนื้อหาถูกต้อง⁹ มีความจำเพาะเจาะจง¹⁰ ดังเช่นการใช้สื่อเรื่องผักให้พลังงานจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้คะแนนจากการทำแบบทดสอบเรื่องผักให้พลังงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามกระบวนการปกติ ฉะนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องจัดหาสื่อที่มีคุณภาพ และปริมาณเพียงพอที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย¹⁰ ซึ่งเมื่อพิจารณาต้นทุนการจัดทำบัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน 20 สตางค์ต่อบัตร และต้นทุนในการจัดทำจิวแจวโมเดล (Jiw Jaw Mini Food Model) 7 บาทต่อชิ้น จึงนับว่ามีความคุ้มค่าเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับการให้ความรู้เรื่องอาหารโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานบางครั้ง มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ในการติดตามอาหาร (Food label) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้¹¹ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนโดยใช้จิวแจวโมเดล ซึ่งเป็นสื่อที่มีการติดตามเกี่ยวกับประเภท ปริมาณ และพลังงานที่ได้รับ มีคะแนนจากการทำแบบทดสอบสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนโดยใช้บัตรให้ความรู้เรื่องผักให้พลังงาน แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากมีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเพิ่มมากขึ้น

อาจจะทำให้เกิดความแตกต่างที่ชัดเจนกว่านี้ เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า¹² การใช้สารสนเทศที่มีความแปลกใหม่ (จีวแจวโมเดล) จะสามารถกระตุ้นระบบการทำงานของกระแสประสาทการรับรู้ผ่าน Acetylcholine ในสมองส่วน Parahippocampal cortex ได้ดีกว่า ส่งผลให้ข้อมูลที่เข้าสู่สมองสามารถอยู่ได้นานมากกว่าการใช้สารสนเทศที่ผู้ป่วยคุ้นเคย (ผู้ให้ความรู้อ่านบัตรให้ความรู้เรื่องผักให้ฟัง)

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้มีการให้ความรู้เรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานทุกราย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลโรคเบาหวานได้¹² ทั้งนี้ควรนำเสนอเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ประกอบกับใช้สื่อที่สามารถปลูกฝังความสนใจของผู้ป่วยได้ดี และอาจมีการศึกษาผลเปรียบเทียบกับก่อนหลังการใช้สื่อในด้าน ทักษะ พฤติกรรม รวมถึงตัวชี้วัดทางการแพทย์ (Clinical Outcome) อื่นๆ ด้วย

สรุป

การสร้างสื่อและวิธีสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยหมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความรู้ให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้ และนับเป็นเทคโนโลยีการศึกษา (Educational technology) อย่างหนึ่ง¹³ที่มีการใช้วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการที่หาได้ง่ายเพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานให้ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น ■

เอกสารอ้างอิง

1. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2550: 18-19.
2. เยาวรัตน์ ปราบัษขาม และ พรพันธ์ บุญยรัตน์พันธุ์, บรรณาธิการ. การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2549:141.
3. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารระบบสาธารณสุข 2550; 1(1):17-34.
4. สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร. แนวทางการปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง (Diabetes Education). ใน: ชูชัย ศรีธานี, บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติโครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Diabetes and Diabetes related: Disease Management Program "Practice Guideline". นนทบุรี: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. 2550:64-72.
5. บัทยา โกมทุนทร. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. คลินิก 2551; 24(4):1-9.
6. รุจิรา สัมมะสุต. รายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย (Thai food exchange list). วารสารโภชนาบำบัด 2547; 15(1):33-45.
7. รุจิรา สัมมะสุต. หลักการปฏิบัติด้านโภชนาบำบัด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลรามารินทร์, 2547.
8. บุญมี พันธุ์ไทย. การวิจัยในชั้นเรียน (Classroom Research) พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการประเมินและการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2542.
9. The National Diabetes Educational Program. Guiding Principles for Diabetes Care: For Health Care Provider. The National Institutes of Health and the Centers for disease Control and Prevention; 2004. p. 5.
10. Loveman E, Frampton GK, Clegg Aj. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. Health Technol Assess 2008; 12(9):ix-x.
11. Miller CK, Jensen GL, Achterberg CL. Evaluation of a food label nutrition intervention for woman with type 2 diabetes mellitus. J Am Diet Assoc 1999 Mar; 99(3):323-8.
12. Miller CK, Edwards L, Kissling G, Sanville L. Evaluation of a theory-based nutrition intervention for older adults with diabetes mellitus. J Am Diet Assoc 2002 Aug; 102(8): 1069-81.
13. สาโรช โคกกรักษ์. ความแตกต่างที่ดูเหมือนคล้ายกันระหว่างเทคโนโลยีการศึกษา กับเทคโนโลยีสารสนเทศ. วารสารเทคโนโลยีทางปัญญา 2549; 1(1):28-34.

พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเรื้อรัง Development Guideline and Model of Health Management in Elderly and Chronic patients

นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ รองคณบดีฝ่ายบริการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Pisit Piriyaapun, MD. Director of Health Science Center, Vice dean of service, Faculty of Medicine, Burapha University

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเรื้อรัง ใช้แนวคิดบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางในการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดย การวิจัยเชิงปริมาณเป็นการสำรวจสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 379 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอปทุม อำเภอพนัสนิคม และอำเภออ่าวอุดม และการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การตรวจร่างกาย ภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษา การสร้างแนวทางการจัดการร่วมกันจากกระบวนการ Focus group ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยส่วนประกอบ 5 ด้าน คือ 1) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการใช้ยา 4) ด้านการออกกำลังกาย 5) ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76)

ผลการสัมภาษณ์และ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีภายใต้การเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ปราศจากโรคแทรกซ้อน และมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผลของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้หลักความพอเพียงในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและให้ความหมายดังนี้คือ

ความพอประมาณ คือ การรักษาความสมดุลของความสุขกายกับความสุขใจ ซึ่งหมายความว่า การใช้ชีวิตต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย จะใช้หลักความสมดุลไม่มาก ไม่น้อยจนเกินไป

ความมีเหตุผล คือ การใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ตามความจำเป็น ไม่ใช่สิ่งที่เกินฐานะและกำลัง ใช้อย่างคุ้มค่า ประหยัด

มีภูมิคุ้มกัน คือ มีการดูแลสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้างตามสมควร

มีความรู้คุณธรรม การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เฝ้าหาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้มีความสำคัญกับการนำความรู้ไปปฏิบัติ และ หมั่นทบทวนตรวจสอบตนเองว่านำไปใช้กับตนเองได้จริงหรือไม่ ส่วนความรู้เท่าทันโรคภัย เป็นเรื่องของสติที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้สดีจะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก อยู่กับโรคนี้ได้อย่างมีความสุข และเกิดความสมดุล สามารถดูแลตนเองได้อย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้

สิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุให้ความหมายและความสำคัญคือ การอยู่รวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่จะค่อยๆ เสื่อมถอยไปตามวัย ให้มีโอกาสใช้ชีวิตที่อุดมไปด้วยความสุขสมบูรณ์ในวัยสูงอายุได้อย่างพอเพียง

Abstract

Background

According to increasing of elderly people in Thailand that was estimated in 2000, 2010 and 2020 will be rising 9.19 , 11.36 and 15.28 percentage of Thai's population. The important of physical psychological and social problems in elderly were recognized by the government for a long time from public policy since The National Economic and Social development Act 5 (1982-1986) to the currently Act 10(2007-2011). The focusing of the Act 9 was promoted "All for Health" by developing health system and trying to use the sufficiency economic philosophy of Thai Royal King Bhumiphol. In order to clarify the vision in Act 10 is "Green and Happiness Society" for reforming the sufficiency health system. The development guideline and model for health management in elderly and chronic patients were necessary to collaborate seriously among the government, private sector and others, especially for improving the quality of their life in good environment and conducting with happiness.

Objective

The purpose of this research were designed to develop guideline and model of health management in elderly and chronic patients.

Methods

1. **Quantitative:** Survey by using the health status and needs of health care in elderly and chronic patients' questionnaires. The 379 samples from stratified random sampling older in Chonburi province.

2. **Qualitative:** Focus group for developing guideline and model of health management in elderly and chronic patients.

- The conceptual framework of integrated care and community involvement in health care system were used with the health policy of sufficiency economic philosophy of Thai Royal King Bhumiphol.
- The participants were the sample from eastern region of Thailand.
- The collecting data were used by indept-interview, questionnaire and observing their health management and behavior including the general and nutritional examination to consider guideline and model in multidisciplinary group of health science.
- The initiative guideline and model of health management in elderly and chronic patients were considered by 3 experts before use with the participants.

Results

It was found that

1. The components of Guideline and Model of Health management in Elderly and Chronic patients are 5 components; mental health, nutrition, drug using compliance, exercise and choosing health service system in community.
2. The quality of using Guideline and Model of Health management in Elderly and Chronic patients was in good level ($\bar{X} = 3.89$) and the average of the benefit, the feasibility, the appropriation and the accuracy were 3.76
3. By interviewing the elderly with chronic patients always have the conceptual of the middle way for balancing their life between healthy and illness in body, mind, emotion and spirit. The key success of this behavior was "discipline". The effective behavior is the best basic of health protector. The concerning of illness is effected to cognitive thinking for learning, practicing and improving their life. The most factor that help them was the bonding of their group for help each other such as the social supportive for the rest of their life.

Conclusion

The sufficiency health system is appropriate applying in Thai elderly context. Social support was still needful and discipline in self care achieve their healthy.

บทนำ

จากการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่า ในปี 2543, 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเพิ่มเป็นร้อยละ 9.19, 11.36 และ 15.28 ของประชากรทั้งหมด สภาพปัญหาของผู้สูงอายุทั้งทางด้านความเสื่อมของร่างกาย สภาพจิตใจและสังคม ทำให้รัฐบาลตระหนักว่าควรจะได้เตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีต่างๆ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ มาตั้งแต่ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) จนถึงฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพประชาชนและการระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างคุณภาพ (All for Health) โดยการพัฒนาาระบบสุขภาพทั้งระบบซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์กร ประชาคม และสถาบันต่างๆ ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข เป็นการปรับทั้งบทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กร/กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 นี้ ได้กล่าวถึงการนำแนวคิดหลักการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพแล้ว แต่ยังไม่มีการนำมาประยุกต์ อย่างเป็นรูปธรรม เพียงกล่าวถึงระบบสุขภาพพอเพียง สำหรับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มี วิสัยทัศน์ "สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง" (Green and Happiness Society) โดยมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่าย จะต้องเข้ามาร่วมมือกันอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในเรื่องของการป้องกัน ส่งเสริม พัฒนาและรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุ เหล่านั้น มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สนใจในการศึกษารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุโดยนำแนวทางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินการ และทำการศึกษ โดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มาพัฒนารูปแบบการ จัดการดูแลสุขภาพในจังหวัดชลบุรีเป็นต้นแบบก่อนเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของโปรแกรมการ ดูแลสุขภาพที่คณะผู้วิจัยศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)

ผลการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการศึกษาวิจัย ในแผนงานวิจัยย่อยที่ 1 เรื่อง “การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในภาคตะวันออก” (เวธกา กลิ่นวิเชียรและคณะ, 2549) และทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ

ผลการวิเคราะห์ ได้ศึกษาหลักการ/แนวคิด/ทฤษฎี ดังต่อไปนี้ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ นวัตกรรม 9 ประการ, แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม, การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย ด้านการเจ็บป่วยและโรค ด้านพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านสวัสดิการคำรักษาพยาบาล, ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ และผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน มาหลอมรวมกัน เป็นองค์ประกอบที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ดังต่อไปนี้ คือ

การนำกรอบแนวคิดของ “ระบบสุขภาพพอเพียง” มาใช้ร่วมกับการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพิจารณาในกรอบของการจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกายและด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ/ชุมชน โดยเน้นตามคุณลักษณะของระบบสุขภาพพอเพียง ดังนี้ (1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน (2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ (3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง (4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค (5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน (6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพและความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย, SD	ร้อยละ
ด้านสุขภาพจิต • รู้สึกผิดหวัง • รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ • รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	3.17 (0.68)	54.88 51.19 51.08
ด้านโภชนาการ • กินอาหารต้ม นึ่ง อบ • กินผักเป็นประจำ • กินผลไม้ที่ไม่หวานจัด	3.25 (0.80)	64.38 58.31 49.97
ด้านการใช้ยา - พฤติกรรมที่เหมาะสม • กินยาตรงตามชนิดและปริมาณที่แพทย์สั่ง	2.43 (0.69)	59.20



ด้าน	คะแนนเฉลี่ย, SD	ร้อยละ
- พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม • โรคเบาหวาน/กินยาเกินขนาดบางครั้งเกิดอาการแทรกซ้อน • โรคความดันโลหิตสูง/การขาดยา กินยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการของความดันโลหิตสูง เช่น มึนศีรษะ ตาลาย ปวด ต้นคอ		56.60 48.00
ด้านการออกกำลังกาย • ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง • ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง • ไม่ออกกำลังกายเลย	3.11 (0.94)	50.40 36.41 9.76
ด้านการบริการจากระบบบริการสุขภาพ/ชุมชน • ไม่เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล • เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล - โรคระบบทางเดินหายใจ - โรคระบบไหลเวียน - โรคระบบต่อมไร้ท่อ	3.28 (0.88)	67.81 32.19 39.17 23.68 23.53
• เคยได้รับอุบัติเหตุ • ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ - จราจร - การทำงาน - ภายในบ้าน		62.80 37.20 32.45 13.98 9.50
• การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ - แพทย์ - พยาบาล - สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ		41.01 29.49 14.29
• สิทธิการรักษา - ประกันสุขภาพถ้วนหน้า - ชำระเงินเอง - เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ)		86.81 7.92 3.96
• เลือกปฏิบัติอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย - ไปโรงพยาบาล - ไปสถานเอนามัย - ซื้อมารักษาเอง		71.82 13.63 8.31
• ต้องการใครดูแลเมื่อเจ็บป่วย - บุตร/ธิดา - คู่สามี/ภรรยา - ดูแลตนเอง		57.94 24.94 8.06
• การสูบบุหรี่ - ไม่สูบเลย - สูบเป็นครั้งคราว - สูบเป็นประจำ		78.36 14.25 5.02
• การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - ไม่ดื่มเลย - ดื่มเป็นครั้งคราว - ดื่มเป็นประจำ		70.71 25.33 1.32

3. คณะผู้วิจัย ได้จัดประชุมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิชาชีพ แพทย์ พยาบาล พยาบาลชุมชน นักโภชนาการ เภสัชกร และนักวิจัย โดยได้ร่วมประชุม สรุปผลการการศึกษาวิจัย จากการสำรวจ สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาผลการทบทวนแนวคิดทฤษฎีในการจะนำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อให้สามารถนำไปใช้และมีความสะดวกต่อการจดจำเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้

4. ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง แต่มีผลการตรวจร่างกายและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี จำนวน 10 ท่าน เพื่อทำ Focus group 2 รอบ โดยใช้กระบวนการ dialogue เพื่อค้นหาและบันทึกคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี และนำผลสรุปมาพิจารณาร่วมกันอีก เพื่อนำมาใช้เป็นประเด็นสำคัญในการสร้างรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

5. พัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดการบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ โดยนำรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ ที่ผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ และผ่านการ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นผู้ให้คำแนะนำและคำแนะนำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยทุกๆ ด้านจะให้คำแนะนำและคำแนะนำมากที่สุด ในส่วนของความรู้คุณธรรม (น้ำหนัก ร้อยละ 40) ซึ่งต้องมีสติ รู้เท่าทันโรค มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง มีวินัยและซื่อสัตย์ รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนเองและผู้อื่น ส่วนด้านอื่นๆ ให้คำแนะนำและคำแนะนำเท่าๆ กัน (ร้อยละ 20) อันได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการสร้างภูมิคุ้มกัน รายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

ด้าน	ความพอประมาณ (20)	ความมีเหตุผล (20)	การสร้างภูมิคุ้มกัน (20)
สุขภาพจิต	- การยึดหลักทางสายกลาง - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง - การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร - การมีเครือข่ายและเข้าร่วมสังคมชุมชน	- การสร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ - การตรวจสอบภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา	- การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ - การใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพจิตและการเห็นความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ - การอาสาสมัครช่วยงานในชุมชน/ช่วยครอบครัวลูกหลาน
โภชนาการ	- การยึดหลักทางสายกลาง - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง - ทานอาหารเฉพาะโรคที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย - การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร - การมีเครือข่ายและเข้าร่วมสังคมชุมชน	- การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ - การตรวจสอบภาวะโภชนาการตนเองอยู่ตลอดเวลา	- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ - การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร - การเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง
การใช้ยา	- การใช้ยาตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย	- การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและยาที่ได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ - การตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา - การป้องกันความเสี่ยงในการใช้ยาโดยใช้ให้ถูกต้อง และศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยา

ด้าน	ความพอประมาณ (20)	ความมีเหตุผล (20)	การสร้างภูมิคุ้มกัน (20)
ออกกำลัง กาย	- การออกกำลังกายและการเลือก ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพ ของตนเอง	- การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกายและการทำ กิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและ อาการที่เป็นอยู่ - ความมีวินัย ในการออกกำลังกาย และการประเมินตนเองอย่าง สม่ำเสมอ	- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย - การให้ความสำคัญกับการออก- กำลังกาย - การเลือกประเภทการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม
การ รับบริการ ด้านสุขภาพ	- เลือกสถานบริการสุขภาพ ที่ใกล้บ้าน และมีความน่าเชื่อถือ - เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เครือข่าย - เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของ โรงพยาบาล	- การศึกษา สอบถาม บอกต่อ สถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน - ศึกษากระบวนการ พหุกรรม บริการของงานบริการสุขภาพ ประกอบการตัดสินใจในการดูแล	- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสถาน- บริการสุขภาพ - การใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ ต่อสุขภาพของตนที่สถานบริการ สุขภาพจัดให้

6. ผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (ค่าเฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า พื้นฐานที่สำคัญของแต่ละองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความรู้ การรับรู้ และความสามารถในการเลือกประเภทและกิจกรรมในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีระดับการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ ไป ระดับที่ 2 คือ พลัง 10 ประการ (10 power components) เป็นความสามารถที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่จงใจเพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ และระดับที่ 3 คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น เช่น การคาดการณ์ (estimate operation) การปรับเปลี่ยน (transitional operation) และการลงมือปฏิบัติ (productive operation)

ส่วนองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว เป็นสิ่งที่สำคัญรองลงมาในมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ใช้คำว่า “มีวินัย” ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีวินัยในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ของตนเอง และแรงสนับสนุนจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ซึ่งได้อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยมีองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ซึ่งเป็นการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ภาวะคุกคาม 2) ด้านปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร จิตสังคม และโครงสร้างทางความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น 3) ด้านปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ส่วนแรงสนับสนุนจากสังคมส่วนใหญ่ เป็นแรงสนับสนุนในการร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่ายของกลุ่ม

บุคคลที่ติดต่อกัน มีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุเพื่อให้ความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนข้อมูล และบางครั้งมีการขยายขอบเขตไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับสถาบันทางสังคม เช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุภายในจังหวัด กลุ่มชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือของสถานพยาบาลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกมากกว่า 1 ชมรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกอตต์ลิบ (Gottlieb, 1985:5-12) ซึ่งเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้าง (Macro Level) ที่เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมและสร้างความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมด้วยความสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นกลุ่มบุคคลใกล้ชิดสนิทสนมเหมือนญาติ และระดับแคบ (Micro level) เป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมากที่สุด เช่น สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว

จะเห็นได้ว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีอาการของการเจ็บป่วย ระดับการสร้างแรงสนับสนุน เป็นไปเพื่อการป้องกันตนเอง และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในสภาวะสุขภาพที่สมดุล แต่เมื่อเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วย และหากต้องได้รับการรักษาพยาบาล บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการแรงสนับสนุนในการดูแลตนเอง และการให้ความช่วยเหลือ คือ แรงสนับสนุนในระดับแคบ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น บุตร ธิดา และคู่สามีหรือภรรยา ส่วนการให้คำแนะนำและคำแนะนำของการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพเป็นการให้คำแนะนำโดยผู้สูงอายุเอง ซึ่งถือว่าเป็น Subjective อาจทำให้ผลการวิจัยมีความลำเอียงได้ ดังนั้นหากนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรพัฒนาแบบประเมินผลในแต่ละองค์ประกอบเพื่อวัดผลลัพธ์ที่เกิดการนำรูปแบบไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. **รัฐบาลควรสนับสนุน** กลุ่ม องค์กร เครือข่ายเพื่อผู้สูงอายุในด้านงบประมาณ ช่องทางการสื่อสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้าไปมีส่วนร่วมวางแผนช่วยเหลือองค์กรต่างๆ สร้างและเชื่อมต่อสังคมฐานความรู้ พัฒนาศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพในหมู่พลสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นในลักษณะของโครงสร้างประชากร

2. **ควรสร้างเครือข่าย** ช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรับบริการได้ง่าย เช่น การสร้างแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การแสวงหาบุคคลต้นแบบ ให้กลุ่มผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์และส่งเสริมให้สหสาขาวิชาชีพ มีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และเป็นการทวนสอบซึ่งกันและกันในการตัดสินใจ แล้วนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการให้มีที่ปรึกษาให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการสร้างความมั่นใจ และสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ ข่าวสารต่างๆ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในการดำเนินชีวิต

3. **ควรให้ข้อมูล** ข่าวสาร คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเชิงรับและเชิงรุก ทั้งภายในสถานพยาบาล ชุมชน และรวมไปถึงบ้านของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแล เอาใจใส่พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

4. **การสนับสนุนทางอารมณ์** เช่น การให้การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีสภาวะสุขภาพที่สมดุล ส่วนใหญ่จะมีแรงสนับสนุนจากการดูแลซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกันในชมรม และมีความเข้มแข็งขึ้นเมื่อได้รับการยอมรับนับถือในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เกิดแรงกระตุ้นทำให้มีวินัยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นในการปฏิบัติควรสนับสนุนทางอารมณ์ให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติตนได้ดียิ่งขึ้น

5. การนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการปฏิบัติ อาจต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นพฤติกรรมที่ควรปรากฏเพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการตรวจสอบ ประเมินผล ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลการนำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการเพื่อทดสอบรูปแบบ และ ประเมินผล ความยั่งยืนของพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการจัดการดูแลตนเองต่อไป ■

เอกสารอ้างอิง

1. เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และอรรุวรรณ แยมบริสุทธิ. (2544). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม.
3. จันทรพลอย สีนุชเศรษฐ์. (2540). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. ดนัย ธีวันดา และมลลิลี แสนใจ (2544). ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7: อุบลราชธานี.
6. เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์. (2537). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. ธนู ชาตินานนท์. (2540). "ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ". วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2): เมษายน - มิถุนายน 2540.
8. บรรลุ ศิริพานิช. (2543) ชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม 2539. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี. สถาบันวิจัยระบบการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
9. บรรลุ ศิริพานิช. (2540). "งานผู้สูงอายุในประเทศไทย". วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2): เมษายน-มิถุนายน 2540.
10. บุญใจ ศรีสถิตยนาถกุล. (2540). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์และคณะ.(2540). "การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก". วารสารวิชาการสาธารณสุข, 6(1): 118.
12. ประยงค์ ลิ้มตระกูล.(2546). การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. วรณี จันทรสว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
14. วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540). "โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา". วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 10 (9) : 33.
15. เวรกา กลินวิจิต และคณะ.(2549). การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในภาคตะวันออก. ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
16. ศรีจิตรา บุญนาค. (2549). ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2549. สมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
17. สมบัติ ไชยวัฒน์. (2542) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: รายงานการวิจัย. ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
18. สิวรรณ อุนนาภิรักษ์และคณะ. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544.
19. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). นโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้สูงอายุไทย. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
20. องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์". วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 10(10): 6.
21. Gordon, M.(1987). Manual of Nursing Diagnosis. 1986-1987. New York. McGraw-Hill book.
22. Miller, C.A.(1995). Nursing care of older adults: Theory and practice. 2 nd ed. Philadelphia: J.B.Lippincott.
23. Norris, C.M. "Self-Care". (1979). American Journal of Nursing. (March): 486-489.
24. Pender.N.J.(1996). Health Promotion in Nursing Practice(3rded). Stanford: Appletan and Lange.
25. Staab, A.S., & Hodges, L.C.(1996). Essentials of gerontological nursing: Adaptation to the aging process. Philadelphia: J.B.Lippincott.
26. Orem, DE. (1991). Nursing Concepts of Practice (4thed.). St.Louis: Mosby Year Book.

รูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน Community Care Model for Older People in Thailand

สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์¹

Samrit Srithamrongsawat

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ²

Kanitta Bundhamcharoen

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์³

Siriphan Sasat

ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ⁴

Kwanjai Amnatsatsue

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คราวเรือนมีขนาดเล็กลงมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง และสตรีมีบทบาทด้านเศรษฐกิจมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุ บ่งชี้ถึงความจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่กรณีตัวอย่าง และพัฒนาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 4 แห่ง คือ จังหวัดพะเยา จังหวัดยโสธร จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครราชสีมา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาสังคมจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่ความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกัน บริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา ขณะเดียวกันนโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างครอบคลุมแต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ส่วนบริการด้านสังคมยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น บริการที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีจำกัดมาก จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้มีบริการสำหรับกลุ่มนี้

1. นพ. ดร. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย / MD. PhD. Health Insurance System Research Office

2. ทพญ. ดร. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / ทพญ. PhD. International Health Policy Program, Thailand

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย / Associate Professor, PhD. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล / Faculty of Public Health, Mahidol University

Community care model for older people in Thailand

Abstract

Thailand has been engaging ageing population, life expectancy of the populations including older people has been increasing. The numbers and proportion of the elderly have rapidly increased. In addition, reduction in family size and increasing of single family has been observed. There has been migration of labor forces from rural to urban areas and women have been increasing their role in economic activities outside their homes. Such changes inevitably deter individual household in providing care to their older members and reflect the need for studying and development of community care for older people.

The study aimed to assess community care models for older people in four studied provinces in order to generate knowledge and propose appropriate community care model for Thailand. The study employed cases study conducted in 4 sites, Payoa in the North, Yasothorn in the Northeast, Supanburi in the Central and Nakhonsrithammarat in the South. In-depth interviews and focus group discussions were conducted among key actors in the communities including formal and informal community leaders, health workers, social workers, volunteers, older persons and care givers.

Results indicated that caring for older people remained individuals' responsibility. Community services, both health and social, were available in all the studied sites, but with different coverage and intensity. Contexts of the community, i.e. culture, social networks, community economy, and community capacities including fund raising capacity are crucial in development of community services. The government policies on decentralization and universal coverage enabled community financial capacity in providing care for older people. Coverage of health services for independent elderly was quite adequate, but quality of care remained need special attention. Social care was not systematically developed and lack of integration and continuity of services. Moreover, health and social services for dependent elderly were very limited and urgent needed for improvement.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากปัจจัย การลดลงของอัตราเกิดและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาว ขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการเพิ่มของ จำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันสูงกว่าของประชากรโดยรวม ขณะ เดียวกันอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายก็สูงกว่าอัตรา การเพิ่มของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น มีผลให้จำนวนและสัดส่วน ประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆโดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุวัยปลาย ในปี 2548 มีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2558 ปัญหาการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุคาดว่าจะ ทวีความรุนแรงขึ้นในอีกสิบปีข้างหน้า (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ คณะ, 2551; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

การเพิ่มของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุมีทิศทาง ตรงกันข้ามกับสัดส่วนคนวัยทำงานที่มีแนวโน้มลดลงประกอบกับ สภาพด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรม เป็นอุตสาหกรรมและบริการ มีผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน จากชนบทสู่เมือง อีกทั้งสตรีซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแล สุขภาวะผู้สูงอายุ มีบทบาทด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นจาก การทำงานนอกบ้าน ทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินบทบาทใน การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุได้ลำบากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการ ถดถอยของสมรรถนะร่างกาย และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเพิ่มขึ้น ตามอายุ และโดยเฉลี่ยมีมากกว่าหนึ่งโรค ประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 15 มี ภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ขณะเดียวกันร้อยละ 0.8 และ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ โดย ภาพรวมมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 สำหรับเพศชายและ หญิงตามลำดับที่ต้องการและมีผู้ดูแล ในขณะที่ร้อยละ 6 ของ ผู้สูงอายุที่ต้องการแต่ขาดผู้ดูแลในบ้าน จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตพันธ์, 2550)

การจัดบริการด้านสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ ผ่านมา นอกจากครอบครัวแล้ว ยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาวะ สำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบ การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยง ต่อเนื่อง และครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ ขาดคนดูแลรวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลใน ครอบครัวยังมีจำกัด

สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมี การศึกษาและพัฒนาแบบการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในระยะยาวโดยชุมชน

มีศัพท์สองคำที่มักสับสนและใช้ปนกัน คือ **บริการชุมชน (Community care)** และ**บริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care)** ทั้งนี้ Community care เป็นคำเฉพาะที่ใช้ในอังกฤษเป็นส่วนใหญ่ เป็นบริการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุในบ้านหรือชุมชน ไม่ใช่สถาบัน รวมถึงการดูแลไม่เป็นการทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นการดูแลโดยเพื่อนสนิท ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Walker, 1982) ส่วนใหญ่มักหมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เพื่อให้เขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยนัยแห่งความหมายนี้ **บริการชุมชนจึงเป็นบริการที่จัดกันภายในครอบครัวและชุมชนภาคไม่เป็นการ**

สำหรับบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้คือ **บริการที่ใกล้บ้าน** ที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน สอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม โดยมีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น (1) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) การพัฒนาแผนการรักษา (3) การประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพ และสังคมเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง การดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ประกอบด้วย การให้บริการด้านอาหารที่บ้าน การติดต่อประสานงานผู้นำทางศาสนา การให้คำปรึกษาด้านยาและโภชนาการ การจ้างงาน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร การตรวจคัดกรองโรค และการให้บริการทำความสะอาดบ้าน โดยนัยนี้การบริการที่มีชุมชนเป็นฐานจึงหมายถึงบริการสุขภาพ**ที่มีการจัดการในระดับชุมชน** ทั้งนี้อาจเป็นการจัดบริการของหน่วยงานในหรือนอกชุมชนก็ได้

ในที่นี้มีได้มีเจตนาที่จะแบ่งแยกระหว่างบริการชุมชนและบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน หรือความรับผิดชอบระหว่างภาคไม่เป็นการและการทางการแพทย์ เนื่องจากแม้บริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีผลให้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุลดลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง วัยแรงงานเคลื่อนย้ายเข้าสู่เมือง สตรีออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับความกตัญญู กตเวทิต์ที่ลูกหลานพึงมีต่อบุพการี (Knodel et al, 1995; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) ครอบครัวจึงยังคงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็พึงประสงค์จะอยู่กับบุตรหลาน (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549) ดังนั้นการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรผสมผสานแนวคิดในการดำรงไว้ซึ่งการดูแลเกื้อกูลกันใน

ครอบครัวและชุมชน และเสริมด้วยการจัดบริการภาคทางการแพทย์ในชุมชนเพื่อหนุนเสริมครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือ **การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล** (Department of Human Services, 1998) โดยอุดมคติแล้วการดูแลแบบชุมชน มีความหมายถึงชุมชนที่มีความเอื้ออาทร เป็นผลพวงของสถาบันทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการที่เข้มแข็ง (Goldberg, 1982) มีอิทธิพลจากรากฐานจากความคิดว่า บุคคลควรให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ระบบการจัดการภาคทางการแพทย์ควรเข้าไปเพียงจัดให้มีโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถได้รับการดูแลจากเครือข่ายตนเองได้ และมีหน้าที่หลักคือ การทำให้ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเองได้ โดยเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับบทบาทของสถาบันต่างๆ ในสังคม คือ (1) รัฐทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น (2) ชุมชนอันประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆภายในชุมชน และ (3) ครอบครัวซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม ทั้งสามส่วนต้องมีการจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีภายในชุมชนที่อาศัยอยู่

ในต่างประเทศ มีการพัฒนาการดูแลระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นระบบในหลายรูปแบบ ตั้งแต่บริการในสถาบัน (Institutional care) เช่น สถานะพยาบาล (Nursing home) สถานดูแลระยะสุดท้าย (End of life care) จนถึงบริการแบบชุมชน (Community care) ที่มีตั้งแต่ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน (Day care) บริการพยาบาลชุมชน (Community nursing) บริการดูแลที่บ้าน (Home care) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Home help) สถานดูแลชั่วคราว (Respite care) ทั้งนี้บทเรียนสำคัญที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ (สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550) ชี้ให้เห็นถึงประเด็นร่วมกันในเรื่อง (1) การขาดการให้ความสำคัญกับการดูแลชุมชนในคุณค่าที่แท้จริง ที่มีข้อดีมากกว่าเป็นแค่เพียงการช่วยลดการเข้าสู่บริการแบบสถาบันเท่านั้น (2) การขาดการบูรณาการของบริการ และ (3) ความไม่เพียงพอของทรัพยากร

สำหรับประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัว บริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ แนวนโยบายที่เป็นรูปธรรมของการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของสุขภาพของผู้สูงอายุ เริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จนถึงแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งมาตรการที่สามของแผนระยะยาวกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจน โดยให้

ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดให้มีบริการที่หลากหลายครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ การรวมกลุ่มและการนัดพบ การจัดการที่พักอาศัย การบริการทางสังคม การช่วยเหลือด้านรายได้ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนั้น รัฐยังไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการลดหย่อนภาษีรายได้สำหรับบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจน

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้การดูแลผู้สูงอายุของ WHO (2001) มาเป็นกรอบในการศึกษา จากฐานปิรามิดที่มีการจัดให้มีบริการโดยชุมชน/ภายในชุมชน และในสถานบริการอย่างเป็นทางการที่จัดโดยภาครัฐ รวมทั้งมุ่งศึกษาบทบาทของชุมชน และบทบาทภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ควรจะเป็นหลักในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน หรืออีกด้านข้างของแผนภูมิที่ 1 เพื่อสนับสนุนครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี (ดูแผนภูมิที่ 1)

การสนับสนุนจากองค์กรรัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง บทบาทการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมาเป็นในลักษณะของผู้จัดบริการ อย่างไรก็ตามจากการที่ประเทศ

ไทยมีพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจทำให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสังคมหลายๆ อย่างไปให้หน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณไปผ่านไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาบทบาทการดำเนินงานของท้องถิ่นและศักยภาพในการสนับสนุนให้ชุมชนสามารถจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างยั่งยืน

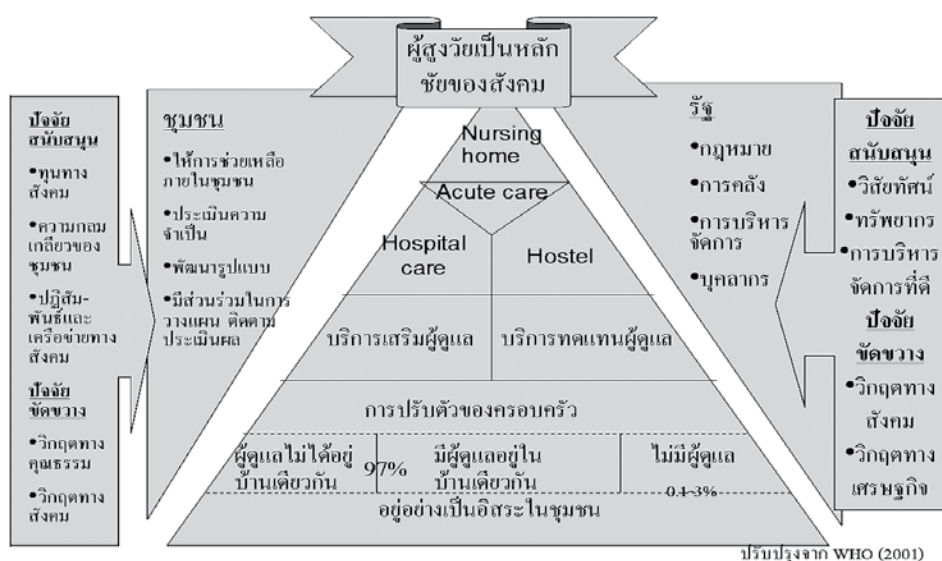
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยถอดบทเรียนกรณีตัวอย่าง ศึกษาการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 4 จังหวัดใน 4 ภูมิภาค ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ประกอบด้วย 1) จังหวัดพะเยา (ต.บ้านปิน, ต.บ้านถ้ำ, ต.บ้านถ้ำ, และ ต.หนองหล่ม อ.ดอกคำใต้) 2) จังหวัดยโสธร (ต.ศรีฐาน อ.ป่าดัว) 3) จังหวัดสุพรรณบุรี (ต.บ่อกรู อ.เดิมบางนางบวช) และ 4) จังหวัดนครศรีธรรมราช (เทศบาลนครนครศรีธรรมราช และ ต.ปากพูน อ.เมืองฯ) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน พัฒนาสังคมจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว และนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นของการถอดบทเรียน ประกอบด้วย บริบทและลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชน แนวคิดและความเป็นมาของการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรม/บริการสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบการบริหารจัดการและบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนงบประมาณ การเชื่อมโยงบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ข้อมูลที่ได้จากการณศึกษานำมาสังเคราะห์วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะรูปแบบบริการในแต่ละกรณีการศึกษาพื้นที่ตัวอย่าง ความครอบคลุมเชื่อมโยงของบริการ และจัดทำข้อเสนอรูปแบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผลการศึกษา

1. ลักษณะชุมชนที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ลักษณะเด่นโดยรวมของพื้นที่ศึกษา คือ (1) ผู้นำมีบทบาทเข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นผู้นำภาคไม่ทางการ (พะเยา ยโสธร) หรือผู้นำภาคทางการ (ยโสธร นครศรีธรรมราช) (2) การเข้าถึงแหล่งทุนสำหรับนำมาพัฒนาท้องถิ่น กล่าวคือ ผู้นำภาคไม่เป็นที่ทางการของพะเยาเป็นบุคคลมีชื่อเสียงเข้าถึงแหล่งทุนภายนอกทั้งในและต่างประเทศ และมีธนาคารหมู่บ้านและกองทุนสวัสดิการชุมชน ส่วนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ของยโสธรสามารถเข้าถึงแหล่งงบประมาณรัฐอื่นในและนอกจังหวัดเพื่อดึงมาพัฒนาพื้นที่เนื่องจากเคยเป็นอดีตสมาชิกสภาจังหวัด และมีเกจิอาจารย์ดังๆ หลายท่านสามารถระดมทุนจากภายนอกมาสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนได้ ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของนครศรีธรรมราชทั้งสองพื้นที่เป็น อปท.ขนาดใหญ่มีงบประมาณมาก การเมืองท้องถิ่นค่อนข้างเสถียร (3) มีต้นทุนทางสังคม เช่น มีทรัพยากรคนที่เข้มแข็ง (พะเยา) มีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็ง (พะเยา ยโสธร สุพรรณบุรี) เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง (ยโสธร) รวมถึงการเป็นสังคมเครือญาติของพื้นที่ในชนบท

ตารางที่ 1 บริบทและทุนทางสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา

	พะเยา	ยโสธร	สุพรรณบุรี	นครศรีธรรมราช
พื้นที่ศึกษา	ต.บ้านปิน, บ้านถ้ำ, หนองหล่ม, และคือเวียง อ.ดอกคำใต้	ต.ศรีฐาน อ.ป่าต้ว	ต.บ่อกรุ อ.เดิมบางนางบวช	เทศบาลนครฯ และ ต.ปากพูน อ.เมืองฯ
ประชากร (คน)	5,525/ 3,742/ 4,982/ 2,853 (ผู้สูงอายุ 12%)	6,333 (ผู้สูงอายุ 10%)	3,068 (ผู้สูงอายุ 19%)	106,022/ 40,000 (ผู้สูงอายุ 12.2%)
ระดับขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	เทศบาลตำบล (บ้านถ้ำ) 1 แห่ง ที่เหลือเป็น อบต. ขนาดเล็ก	อบต. ขนาดเล็ก นายก อบต. ดึงเงินจาก อบจ. มาลงในพื้นที่ได้	มีทั้งเทศบาลตำบล และ อบต. ขนาดเล็ก	เทศบาลนครฯ และอบต.ขนาดใหญ่ มีงบประมาณมาก
ลักษณะชุมชน/ ทุนทางสังคม ของชุมชน	• ยากจน ปัญหาเอดส์ เด็กกำพร้า • สังคมเครือญาติ • มีธนาคารหมู่บ้าน และ กองทุนสวัสดิการ • องค์กรเอกชนเข้มแข็งดึงเงินจากภายนอกได้มาก (ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน) • มีกองทุนสุขภาพตำบล	• เศรษฐกิจดี หัตถกรรมครัวเรือน “หมอนขิด” • สังคมเครือญาติ • มีประเพณีทำบุญร่วมกันทุกเดือน • มีเกจิอาจารย์ดังหลายท่าน ระดมทุนได้มาก • กลุ่มประชาคมเข้มแข็ง • มีกองทุนสุขภาพตำบล	• เศรษฐกิจดี ทำนา ไร่ อ้อย • ชาวลาวครั้ง ตั้งถิ่นฐานมาเรื่อยๆ • สังคมชนบทแบบเครือญาติ • การเมืองระดับชาติมีอิทธิพลสูง	• พื้นที่เศรษฐกิจและกึ่งเมือง เศรษฐกิจดีคนหลากหลาย • นักการเมืองท้องถิ่นมีบทบาทสูงในการพัฒนาชุมชน
สถานพยาบาล	• มีสถานอนามัย 6 แห่ง (บ้านถ้ำและหนองหล่มมี 2 สอ.)	• มีโรงพยาบาลตำบล มีเจ้าหน้าที่ 13 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน	• สถานีอนามัย 1 แห่ง PCU 2 แห่ง	• รพ.ค่าย/ รพ.ท่าศาลา/ สถานีอนามัย 2 แห่ง

2. การดูแล/จัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ในทุกพื้นที่พบว่า ครอบครัวยังคงมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามบทบาทของชุมชนมีผลต่อการดำเนินบทบาทของครอบครัวในการดูแล กล่าวคือ ชุมชนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกชุมชนน้อย และมีเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง (ยโสธร) ย่อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยลูกหลานในครัวเรือน การมีประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็งก็ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุ เอื้อต่อการรวมกลุ่ม และดำรงสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามลักษณะดังกล่าวพบเห็นได้ในพื้นที่จำกัด การมีผู้นำชุมชนทั้งภาคทางการและไม่ทางการ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

สำหรับการดูแลสุขภาพที่มีการจัดการในชุมชนมีอยู่ทุกพื้นที่ เพียงแต่มีความครอบคลุมและเข้มข้นในการดำเนินการต่างกัน กิจกรรมดูแลด้านสังคมประกอบด้วย (1) การส่งเสริม

อาชีพ (2) การบริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในลักษณะของการบริจาคสิ่งของ การจัดหน่วยเคลื่อนที่ ช่อมแซมบ้านพัก ที่ทรุดโทรมของคนยากจน เกือบทุกพื้นที่ที่มีการเพิ่มจำนวนคนได้รับเบี้ยยังชีพ และบางแห่งมีการเพิ่มวงเงิน มีเพียงหนึ่งพื้นที่ที่จัดให้ตามจำนวนที่ได้รับจากส่วนกลาง (อบต.บ่อกรุ) ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถด้านการเงินของ อบต. และศักยภาพด้านข้อมูล (พะเยามีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุทั้งหมดทำให้เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ) สำหรับพื้นที่ที่มี อบต.มากกว่าหนึ่งแห่งและมีศักยภาพด้านการเงินต่างกัน (สุพรรณบุรี) ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (3) การจัดสวัสดิการแก่ประชาชนในชุมชน ในรูปแบบกองทุนสวัสดิการ หรือ อบต.อุดหนุนเงินให้กรณีต้องไปเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาตัวนอกจังหวัด (เทศบาลนครฯ) (4) การเยี่ยมผู้สูงอายุ (5) การจัดกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรม (6) การจัดกิจกรรมสันทนาการ และ (7) กองทุนฌาปนกิจศพ

ตารางที่ 2 กิจกรรมบริการทางสุขภาพ ที่จัดโดยหน่วยงานหรือองค์กรจำแนกตามจังหวัด

กิจกรรมบริการทางสุขภาพ	พะเยา	ยโสธร	สุพรรณบุรี	นครศรีธรรมราช
1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค				
ออกกำลังกาย	/	/	/	/
ตรวจคัดกรองโรค DM HT	/	/	/	/
จัดค่าย/ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน	-	/	/	/
ออกกำลังกายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง	-	-	-	/
2. บริการรักษายาบาลเบื้องต้น	/	/	/	/
คลินิกเบาหวาน ความดัน	/	/	/	/
แพทย์แผนไทย	-	/	-	/
3. บริการที่บ้าน				
เยี่ยมบ้าน	/	/	/	/
ดูแลสุขภาพที่บ้าน	-	-	-	/ (เทศบาล)
4. บริการรถฉุกเฉินเพื่อส่งผู้ป่วย	-	/	-	/ (เทศบาล)
5. สายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	-	-	-	/ (เทศบาล)

สำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพก็มีทั้งกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บริการรักษายาบาล บริการเยี่ยมบ้าน บริการรักษายาบาลที่บ้าน บริการรถฉุกเฉินส่งต่อผู้ป่วย และสายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาภาพรวมของการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเห็นว่า กิจกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแข็งแรงและผู้มีโรคเรื้อรังนั้น ค่อนข้างครอบคลุมทั้งบริการด้าน

สุขภาพและบริการสังคม แต่บริการที่จัดในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มี (ที่กล่าวมาใช้คำว่าภาวะพึ่งพิง) ภาวะทุพพลภาพและต้องการความช่วยเหลือนั้นมีน้อยมาก หากมีก็มักเป็นลักษณะสังคมสงเคราะห์เฉพาะเรื่อง บริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มหลังนี้ก็มีจำกัด ขาดระบบข้อมูลที่แสดงความครอบคลุมและขาดการเชื่อมโยงของบริการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริการสนับสนุนที่จัดให้สำหรับญาติดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในชุมชนก็ไม่มีเลย

ตารางที่ 3 สรุปการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรมดูแลสุขภาพ	กิจกรรมด้านสังคม	กิจกรรมด้านสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง	อาชีพ/รายได้, เบี้ยยังชีพ,สวัสดิการ,	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง	การเยี่ยมผู้สูงอายุ, วัฒนธรรม/ประเพณี, สันทนาการ/ศึกษาดูงาน	ส่งเสริม ป้องกัน รักษา
ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ - มีผู้ดูแลในครอบครัว - ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว	ไม่ได้มีกิจกรรม/บริการจำเพาะสำหรับผู้ดูแลและผู้มีภาวะทุพพลภาพชัดเจน	มีจำกัดมากไม่ว่าบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

คุณภาพบริการที่จัดในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพเป็นอีกประเด็นที่ต้องมีการศึกษาต่อไป เนื่องจากขาดข้อมูลด้านนี้ และบริการที่จัดในสถานพยาบาลปฐมนิเทศในชุมชนมิได้จัดโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง

3. การบริหารจัดการบริการสุขภาพในชุมชน

รูปแบบการบริการการจัดบริการในชุมชนในพื้นที่ศึกษา สามารถจำแนกเป็นสามรูปแบบหลักๆ คือ (1) การบริหารแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน สธ. พม. และ อปท. (2) การบริหารภายใต้ อปท. พบที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราช ซึ่งเทศบาลรับผิดชอบเบ็ดเสร็จทั้งดูแลในเรื่องสุขภาพและสังคม (3) การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนโรงพยาบาลตำบลของโยธธรร กองทุนสวัสดิการชุมชน ทั้งนี้รูปแบบแรกนั้นพบเห็นทั่วไป ส่วนรูปแบบที่สองนั้นพบเฉพาะในพื้นที่เทศบาลที่มีสถานพยาบาลสาธารณสุขของตนเอง ส่วนรูปแบบที่สามพบในพื้นที่ที่ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพ อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่า

4. การเงินการคลังสำหรับการจัดบริการ

แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการมาจากหลายภาคส่วนด้วยกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การปกครองท้องถิ่น และการระดมทุนในชุมชน ทั้งนี้พบว่า จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดสรรตามรายได้ให้แก่สถานพยาบาล มีผลให้งบประมาณลงไปที่สถานพยาบาลในชุมชนมากขึ้น จากนโยบายการกระจายอำนาจและการมีองค์การปกครองท้องถิ่นกระจายไปทั่ว ทำให้ชุมชนมีงบประมาณสำหรับการแก้ปัญหาของตนเอง ขณะเดียวกันก็พบว่า ท้องถิ่นมีแนวโน้มสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สำหรับในพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็งและมีการระดมทุนจากชาวบ้านก็พบว่า ความรู้สึกเป็นเจ้าของและส่วนร่วมในการบริหาร/กำกับ/และร่วมในการจัดบริการของชุมชนมีมากขึ้น

5. การเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพและสังคม

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในชุมชน เป็นแกนหลักสำคัญในการให้บริการที่เป็นทางการและสนับสนุนระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการ บุคลากรมีทักษะด้านชุมชนค่อนข้างดี แต่ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุยังมีจำกัด การส่งต่อบริการระหว่างสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันสถานีนอนามัยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เวชภัณฑ์ วิชาการ และบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนั้น อปท. บางแห่ง (เทศบาลนครฯ และ อบต.ศรีฐาน) มีการจัดรถรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินและผู้ป่วยหนักระหว่างสถานีนอนามัยและโรงพยาบาล การเชื่อมต่อกันของบริการสุขภาพจึงมีระบบรองรับ

ความครอบคลุมและเชื่อมต่อบริการที่ยังค่อนข้างมีปัญหาคือ การรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ เทศบาลนครฯ มีบริการรักษาพยาบาลที่บ้าน (Home Health Care) มีทีมแพทย์และพยาบาลออกไปให้บริการ แต่จำกัดเฉพาะรายที่โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยกลับบ้านและมีใบส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ไปให้การรักษายาตามต่อที่บ้าน แต่บริการที่ขาดคือบริการกายภาพบำบัด

บริการด้านสังคมที่ อปท. จัดส่วนใหญ่ยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์ และกิจกรรมเฉพาะเรื่อง และไม่มีที่ใดจัดบริการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือไม่ได้และไม่มีคนดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการทั้งบริการสุขภาพและสังคมที่ครอบคลุมและเชื่อมโยง แต่การดำเนินงานในพื้นที่สี่จังหวัด ยังพบปัญหาการขาดความเชื่อมโยงบริการระหว่างด้านสุขภาพและสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือไม่ได้ขาดองค์การในการสนับสนุนและเชื่อมโยงการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และไม่มีหน่วยงานให้คำปรึกษาที่ชัดเจนเมื่อพบปัญหาในการทำงาน

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

มิติด้านสุขภาพของชุมชนกว้างกว่ามิติด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มักจำกัดในบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มิติด้านสุขภาพของชุมชนเป็นเรื่องของสุขภาพะที่มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากและเป็นสิ่งที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้ เช่น เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม เป็นต้น มิติด้านสุขภาพของชุมชนเหมาะกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการบริการในมิติที่กว้างกว่าที่บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจะจัดให้ได้ เช่น การดำรงชีวิตประจำวัน การดำรงสถานภาพและใช้ชีวิตในชุมชน เป็นต้น

องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุ ประกอบกับมีรายได้ทั้งจากงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและรายได้จากการจัดเก็บในชุมชน จึงมีความเหมาะสมที่ต้องพัฒนาบทบาทให้สามารถจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบัน อบต. มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในท้องถิ่นระดับหนึ่งอยู่แล้ว ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ทั้งขนาดและศักยภาพขององค์กรในการสนับสนุนงบประมาณ ศักยภาพในการดึงทรัพยากรจากภายนอก วิสัยทัศน์ของผู้นำ อบต. และความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานในชุมชน พื้นที่ที่มีความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานแล้วการพัฒนาในด้านสังคมและคุณภาพชีวิตย่อมมีความสำคัญมากขึ้น

ปัจจุบันสถานพยาบาลในชุมชนและ อบต. มีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้บริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีโรคเรื้อรัง ค่อนข้างครอบคลุมในประเภทกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่อาจยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ แต่บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลนั้นยังมีจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไป และขาดหน่วยงานในพื้นที่สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร นอกจากนี้การจัดบริการมีลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการของบริการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มนี้ให้มีความครอบคลุมและเชื่อมโยงและบูรณาการจึงเป็นสิ่งจำเป็น

แหล่งเงินสำหรับจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันมาจากหลายแหล่ง แผนนโยบายรัฐทั้งในเรื่องการกระจายอำนาจ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีทรัพยากรลงในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาอุปสรรคด้านนี้จึงลดลง ศักยภาพของ อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการระดมความร่วมมือของชุมชนมาเป็นหุ้นส่วนและบริหารจัดการโครงการ เพื่อให้บริการที่จัดตอบสนองต่อความคาดหวังของคนในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งต่อไป



ข้อเสนอการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน

1. แนวคิดในการจัดบริการ คือ มุ่งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต มีครอบครัวและสังคมที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วม โดยที่ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รัฐบาลและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม และจัดบริการเสริมในส่วนที่เกินความสามารถของชุมชน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในชุมชนอย่างมีสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2. หลักการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ควรประกอบด้วย

- 2.1 ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วม
- 2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุ
- 2.3 บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความครอบคลุม และบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่มีคุณภาพ
- 2.4 องค์การปกครองท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารระบบบริการสุขภาพในชุมชนและภาคประชาชนมีบทบาทร่วมในการบริหารภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานรัฐ
- 2.5 ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถพัฒนาและดำเนินการได้อย่างมีความยั่งยืน

3. กิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชนควรมีความครอบคลุม มีคุณภาพ เชื่อมโยง และบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพต้องการการดูแล บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือ บริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การรักษายาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และบริการกายภาพบำบัดในชุมชน สำหรับบริการด้านสังคมที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือบริการเสริมสนับสนุนและทดแทนการดูแลของครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้ควรต้องมีการพัฒนาส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบการดูแลทั้งภาคที่ไม่เป็นทางการและภาคที่เป็นทางการโดยชุมชน การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน จะเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาคที่ไม่เป็นทางการ ส่วนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาคทางการ อาจดำเนินการได้โดยการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มเติมในชุมชน หรือการขยายบทบาทของสถานีนอมาัยให้ครอบคลุมบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน และเพื่อให้ระบบบริการที่จัดมีธรรมาภิบาลและตอบสนองต่อความคาดหวังของชุมชน การบริหารจัดการระบบบริการควรมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนในรูปคณะกรรมการบริหาร โดยการสนับสนุนของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ส่วนการคลังของระบบการดูแลภาคทางการยังคงมาจากทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง ท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการบูรณาการงบประมาณในระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการถ่ายโอนสถานพยาบาลให้ท้องถิ่น

4. ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชนให้มีความยั่งยืน รัฐบาลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ควรมีบทบาทในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงสาธารณสุข และควรต้องมียุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้านคือ

4.1 พัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีในสังคมไทย ทั้งในด้าน คน สถาบัน (ครอบครัว ชุมชน ศาสนา) วัฒนธรรม และภูมิปัญญา โดยให้มีกองทุนชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยกระบวนการประชาคม ส่งเสริมการรวมกลุ่มของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะ โดยมีการจัดการและบูรณาการงานอาสาสมัคร ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดภูมิปัญญาระหว่างกัน ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมในการเกื้อกูลกันในชุมชน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และส่งเสริมระบบเศรษฐกิจชุมชน

4.2 พัฒนาศักยภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมการกระจายอำนาจและกำหนดสัดส่วนงบประมาณที่ชัดเจนในการนี้ ส่งเสริมให้มีธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาการความรู้และศักยภาพองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการและจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชนในชุมชน

4.3 การวางแผนและพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม เพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ โดยกำลังคนที่สำคัญคือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.4 พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยง และบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยควรดำเนินการในลักษณะของการนำร่องที่มีความหลากหลายของรูปแบบ สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและบริบทของชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และกลไกในการบริหารจัดการ บริการทดแทนการดูแลของครอบครัวในชุมชน พร้อมทั้งให้มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ก่อนจะขยายไปยังพื้นที่ต่อไป เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะนักวิจัยต้องขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่กรณีศึกษาทั้งสี่แห่งที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับรายงานฉบับเต็มสามารถสืบค้นได้ที่ http://ihppthaigov.net/publication/publication_research_show.php?id=122 ■

เอกสารอ้างอิง

- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2550
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). โครงการค่านิยมความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย ชุด โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว)
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกานจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พานิชรัมย์, นงนุช สุนทรชวากานต์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, มานินี วงษ์สิทธิ์ และ เล็ก สมบัติ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัดย์, และ ขวัญใจ อำนาจสัตรู (2550) รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551) รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- Goldberg, E M (1982). The effectiveness of social care for the elderly, Heinemann Educational Books.
- Knodel, J., Saengtienchai, C. and Sittitai, W. (1995). Living Arrangements of the Elderly in Thailand: Views of the populace. *Journal of Cross-Culture Gerontology*, 10(1&2): 79-111.
- Walker, A. (1982) *Community care: The family, the state and social policy*. Oxford, Blackwell & M. Robertson
- WHO (2001) *Community Health Care in Ageing Societies. Proceedings of a WHO international meeting*. Shanghai, China, 12-14 June 2000, Kobe: WHO Kobe Centre.

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม กับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการปฐมภูมิ สำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care

พ.ญ.จิตติมา บุญเกิด

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์

ปัญหาของการให้บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันคือ เป็นการบริการในเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุก จึงเป็นเหตุให้เกิดข้อผิดพลาดได้มาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 15% ของจำนวนประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 10 ล้านคน¹ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาโรคเรื้อรังหลายโรค เมื่อแพทย์ที่ดูแลรักษามีเวลาจำกัดในการตรวจผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นต่อวันโดยเฉลี่ยแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วย 10-15 นาทีต่อคน และแพทย์หลายคนมีปัญหาในการจัดลำดับความสำคัญ (set priority) ของโรคเรื้อรังหลายโรคในผู้ป่วยคนเดียว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการรับประทานยาหลายชนิดข้อผิดพลาดจึงเกิดขึ้นได้มาก

ในต่างประเทศการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment-CGA) มีการพัฒนามาเรื่อยๆ เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งทีมสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมถอยทางสมรรถภาพ (frail elderly) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร เพื่อประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่นอนในโรงพยาบาล และร่วมกันวินิจฉัยโรคในหลายๆ มิติ ได้แก่ มิติทางการแพทย์ การช่วยเหลือตนเอง มิติทางสังคมและจิตใจ รวมถึงการวางแผนการรักษาในระยะสั้นและระยะยาว วิวัฒนาการของ CGA ได้ขยายระบบในหลาย setting และมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการมี model of care นี้ในระบบการบริการต่างๆ มากมาย ซึ่งโดยมากจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติในด้านต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น² การศึกษาของ CGA ที่พัฒนามาในแผนกผู้ป่วยใน (inpatient) และแผนกผู้ป่วยนอก (outpatient) นี้ ไม่ได้ลดอัตราการตาย แต่ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้าสถานพักฟื้น (nursing home placement) จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า การประเมินผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว หรือการให้การดูแลรักษาเป็นชั่วคราวครั้งชั่วคราว โดยไม่มีการติดตามการรักษาหรือการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ (primary care physician) นั้น จะไม่เกิดประโยชน์อย่างชัดเจน³

การศึกษาล่าสุดที่เน้นการเชื่อมต่อนระบบการบริการ CGA ร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิ โดยการสื่อสารให้ข้อมูลแก่แพทย์เจ้าของไข้ ร่วมกับการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเกิดประโยชน์ ทั้งช่วยลดภาวะการช่วยเหลือตนเองถดถอย (functional decline) การเข้าหาสังคมดีขึ้น (better social skill) และคุ้มค่า (cost effectiveness) มากกว่าแบบอื่นที่ได้ปฏิบัติมา⁴ อย่างไรก็ตาม การกระจาย Model of care นี้เข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีปัญหาอยู่มากในต่างประเทศ⁵ ที่สำคัญคือคำตอบแบบบุคลากรในทีมที่ไม่ใช่แพทย์ จะจัดสรรกันอย่างไร ในบางท้องที่ประชากรไม่คุ้นเคยและไม่ยอมรับการประเมินจากบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ รวมทั้งการค้นหาระบบบริการแบบใดที่เหมาะสม สะดวก และคุ้มค่ามากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพราะฉะนั้น ระบบการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยทีมนี้ คงต้องยืดหยุ่นในการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องที่

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหา ชับซ้อน หรือมีกลุ่มอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้มีการพัฒนามาตลอด จากการจัดระบบ CGA ในคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้จัดลำดับกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ ภาวะการเดินและการทรงตัวผิดปกติ (gait disturbance)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ

1. Thai-MMSE
2. CDT (Clock Drawing Test)
3. Short Version GDS
(Geriatric Depression Scale 11 items)
4. Get up and Go test

Thai-MMSE และ CDT มีการนำมาใช้แพร่หลายในการประเมินภาวะสมองเสื่อม แต่ก็พบปัญหาในการคัดกรอง (screening) พอสมควรโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุมากๆ หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา จากการศึกษาก่อนหน้านี้^{6,7} ร่วมกับข้อมูลที่เก็บจากสถิติของคลินิกประเมินผู้สูงอายุโรงพยาบาลรามาริบัติเอง พบ false positive ค่อนข้างสูง เช่น ผู้ป่วยที่วาดนาฬิกาไม่ได้เลย (score 0) พบได้ถึง 50% ขณะที่พบภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment-MCI) อยู่ที่ 22% แสดงให้เห็นถึง CDT มี sensitivity ค่อนข้างสูง แต่ถ้าใช้ในการวินิจฉัยใน primary care setting จะมีข้อผิดพลาดของการ over diagnosis ได้ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญขึ้นอยู่กับประวัติเป็นสำคัญ เครื่องมือที่ใช้ ผลเลือด และ brain imaging เป็นส่วนประกอบ อย่างไรก็ตาม MMSE และ CDT ก็ยังเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพดีสำหรับการคัดกรอง เพราะ sensitivity สูง และดีสำหรับใช้ช่วยติดตามการรักษา หรือติดตามการประเมินภาวะของความจำเสื่อมเล็กน้อยได้ (MCI)

ในส่วนของ GDS ได้มีการศึกษาเรื่อง sensitivity and specificity ในเมืองไทย⁸ และสามารถนำมาใช้ได้ง่ายกับงานบริการปฐมภูมิ อาจมีข้อจำกัดในกรณีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เริ่มเป็นมาก (moderate to severe dementia) หรือ ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร การแปลผลเชื่อถือได้น้อยลง สำหรับ get up and go test⁹ นั้น เป็นการทดสอบที่ทำได้ง่าย คือ ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นจากที่นั่ง และเดินในระยะ 3 เมตร แล้วหมุนตัวกลับมาที่เดิม ซึ่งเป็นการทดสอบที่นอกจากจะใช้การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาหกล้มบ่อย ถ้าใช้เวลาเกินกว่า 20 วินาที ควรได้รับการประเมินที่ละเอียดยิ่งขึ้น แบบทดสอบนี้ยังสามารถใช้ในการสังเกตดูว่า ผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรงที่กล้ามเนื้อต้นขา การทรงตัว การเดิน การฝึกหัดของข้อเท้าและข้อเข่าอีกด้วย

การประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในมิติอื่นๆ ซึ่งควรทำเสมอในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแบบองค์รวมได้แก่

1. มิติของการช่วยเหลือตนเอง (Functional status) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน Activity Daily Livings (ADLs) และ Instrumental Daily Livings (IADLs) ได้นำเอาแบบบันทึกของ Modify Barthel Index ฉบับแปลภาษาไทย¹⁰ มาประเมิน Activity Daily Living และ ดัชนีจุฬา (Chula Index)¹¹ มาใช้ในการประเมิน instrumental daily livings ประโยชน์ที่ได้คือช่วยในการพิจารณา ถึงผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดหรือไม่ก็ตามในการเข้าสังคม ถ้าเริ่มมีการบกพร่องของ IADLs และภาวะความเครียดหรือภาระของผู้ดูแลแปรผันตามการถดถอยของ ADLs เช่นกัน นอกจากนี้ยังช่วยในการติดตามพยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการช่วยเหลือตนเอง (functional decline) จะส่งผลถึงการพยากรณ์โรคที่แย่งลง

2. มิติทางสังคม (Social domain) นอกจากโครงสร้างทางครอบครัวที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาแล้ว การประเมินความเครียดของผู้ดูแลและการเข้าไปให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเสมอ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการติดตามการรักษา การปฏิบัติตามข้อแนะนำ โดยสรุปคือ ความร่วมมือของผู้ป่วยดีขึ้น จากสถิติเบื้องต้นพบว่า ภาวะความเครียดของผู้ดูแล 20% และสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ elderly abuse

3. มิติในส่วนของสุขภาพเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยตามธรรมชาติ (Aging) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพฟัน ภาวะทางโภชนาการ การใช้ยา ภาวะถดถอยทางเพศ จากสถิติของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบปัญหาการมองเห็นมากที่สุด 80% ปัญหาการใช้ยา 67.8% และปัญหาสุขภาพฟัน 30.5% นอกจากนี้ เมื่อประเมินไปถึงการให้บริการในส่วนของการ health maintenance and prevention พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากถึง 90% ไม่ได้รับการส่งตรวจจักษุเพื่อคัดกรองเรื่องม่านตาอักเสบ และไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าสนใจ บ่งชี้ให้เห็นว่าระบบการบริการในเชิงรุกนั้นยังมีน้อยมากในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ถึงแม้จะมีข้อโต้แย้งว่ามีปัจจัยหลายเรื่องในการพิจารณาตรวจคัดกรองม่านตาอักเสบในผู้สูงอายุ หรือการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในเมืองไทย อย่างไรก็ตาม จากตัวเลขที่สูงมากนี้คงเป็นข้อบ่งชี้ได้ถึงการที่ยังไม่มีมาตรฐานหรือนโยบายที่แน่นอนในการให้บริการเชิงรุก เช่นเดียวกับการบริการเชิงรุกในระดับชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ ก็ยังไม่เป็นที่ชัดเจนมากนัก

สรุป CGA เป็นสิ่งสำคัญที่น่าจะเป็นกุญแจในการพัฒนาระบบการบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหลายด้าน (vulnerable patients) สำหรับข้อจำกัดในแต่ละท้องที่ ไม่ว่าจะเป็นการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ขาดทรัพยากร และงบประมาณ คงเป็นเรื่องของ

นโยบายที่จะออกมาสนับสนุนอย่างจริงจัง กฎเกณฑ์สำคัญอีกอย่างคือ การประสานงาน การติดตาม และการสื่อสารกันระหว่างทีมที่ดูแลผู้สูงอายุ และแพทย์เจ้าของไข้ (primary care physicians) เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้การบริการแบบ CGA ประสบความสำเร็จ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในระบบบริการปฐมภูมิมีประโยชน์ค่อนข้างมาก แต่ก็มีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน ผู้นำมาใช้ควรทราบถึงข้อจำกัดและการแปลผลที่อาจเป็นปัญหาได้ ■

เอกสารอ้างอิง

1. Jitapunkul S, Bunnag S. Aging in Thailand. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.1997.
2. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993 Oct 23; 342(8878):1032-6.
3. Allen CM BP, Mcvey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations J Am Geriatr Soc. 1986; 255:2617-21.
4. Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. Med Care. 1999 Dec; 37(12):1199-206.
5. Reuben DB. Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. Med Care. 2002 May; 40(5):416-28.
6. Jitapunkul S, Lailert C. Mini-Mental Status Examination: is it appropriate for screening in Thai elderly? J Med Assoc Thai. 1997 Feb; 80(2):116-20.
7. Siri S OK, Chansirikanjana S, Kitiyaporn D, Jorm AF. Modified informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006; 37(3):587-94.
8. Committee TTFB. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. Siriraj Hosp Gaz. 1994; 46(1):1-9.
9. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med. 1996 Apr; 100(4):438-43.
10. Daipratham P MR, Juntham P, Pianmanakij S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The Inter-rater Reliability of Barthel Index (Thai version) in Stroke Patients. Journal of Thai Rehab medicine.2006; 1:1-9.
11. Mathuranath PS, George A, Cherian PJ, Mathew R, Sarma PS. Instrumental activities of daily living scale for dementia screening in elderly people. Int Psychogeriatr. 2005 Sep; 17(3):461-74.

Geriatric Assessment Collection Form (Date.../.../...) ครั้งที่

Demographic Information

1. First name..... Last name.....
2. HN.....
3. Weight.....
4. Age.....
5. Age
6. สิทธิการรักษา (1) จ่ายเอง (2) เบิกได้ข้าราชการ.....
(3) ประกันสังคม (4) บัตรทอง (5) ประกันชีวิต (6) อื่นๆ
7. สถานภาพการสมรส (1) สมรส (2) โสด (3) หม้าย (4) หย่า
8. ระดับการศึกษา (1) อ่านเขียนไม่ได้ (2) อ่านออกเขียนได้ (3) ต่ำกว่าประถมศึกษา
(4) ระดับประถมศึกษา (5) ระดับมัธยมศึกษา (6) ปริญญาตรี
(7) สูงกว่าปริญญาตรี (8) สายวิชาชีพ (9) อื่นๆ
9. ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์ (3) อิสลาม (4) อื่นๆ
10. สถานภาพทางการเงิน (1) ไม่มีปัญหา (2) มีปัญหา
11. ที่อยู่ปัจจุบัน..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
12. ผู้ดูแลหลัก (1) คู่สมรส (2) บุตร (3)ญาติใกล้ชิด (4) ผู้ดูแลจ้าง
13. Primary care Provider (1) staff (2) resident (3) other department physician
14. Consult for

Medical Information

• Disease Status

- | | | |
|-------------------------|--------------------|------------------|
| (1) Hypertension | (7) CVA | (13) other |
| (2) DM | (8) PVD | |
| (3) DLP | (9) CRF | |
| (4) CAD | (10) Osteoporosis | |
| (5) CHF | (11) ETOH abuse | |
| (6) Atrial fibrillation | (12) Tobacco abuse | |

• Functional Status

- (1) Total dependence (2) Partially dependence (3) Total independence
(Modified Barthel Index =

Pharmacy Information

• Medications

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Drug related problems (DRPs)

1. Untreated conditions
2. Inappropriate drug selection
3. Inappropriate dosage
4. Potential drug interaction
5. ADR/Allergy

• Polypharmacy (>_5 type of medication) (1) yes (0) no

• Self medications

- (1) correct self med (2) in correct self med (3) คนอื่นจัดให้

Social Information

• Elderly mistreatment

- (1) yes, abuse (1) verbal (2) emotional (3) physical (4) neglect (0) no

• Family conflict (1) yes (0) no

• Caregiver burden (1) yes (0) no

• Financial burden (1) yes (0) no

Geriatric evaluation

• Geriatric Syndrome

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| (1) Dementia/MCI | (9) Insomnia |
| (2) Depression | (10) Dizziness |
| (3) Delirium | (11) Chronic constipation |
| (4) Disability | (12) Polypharmacy |
| (5) Falls | |
| (6) Gait disturbance | |
| (7) Urinary incontinence | |

• Geriatric Assessment

- VA: Right eye Left eye
- Hearing Impairment (1) yes, details (0) no
- Dental Problems (1) yes, details (0) no
- Nutrition evaluation
 - Significant weight loss in 6 months (>10%) (1) yes, how much..... (0) no
 - ☐ albumin level mg/dl (.../.../...)
 - ☐ prealbumin level mg/dl (.../.../...)
- Depression screening (1) significantly depressed (2) no/uncertain, GDS score.....
- Cognitive evaluation
 - ☐ MMSE.....
 - ☐ clock-drawing test.....
 - ☐ cube-drawing test (1) correct (2) incorrect
 - ☐ Thyroid screening (TSH)..... (.../.../...)
 - ☐ B12 level mg/dl (.../.../...)
 - ☐ VDRL (.../.../...) (1) positive (2) negative
 - ☐ CT/MRI imaging result (.../.../...)
- Sexual health problems (1) yes, please clarify (0) no
(2) NA/ not asked, because.....

Geriatric Prevention

• Osteoporosis

- 1st BMD (.../.../...): T score.....at.....
- 2nd BMD (.../.../...): T score.....at.....
- 3rd BMD (.../.../...): T score.....at.....
- ☐ High risk for osteoporosis or [Osta index {0.2*(BW-age)}<-4]
- ☐ Low risk or [Osta index <-1]

• Colorectal cancer

- Stool occult blood (1) positive (.../.../...) (2) negative (.../.../...)
- Colonoscopy
 - ครั้งที่ 1 (.../.../...)
 - ครั้งที่ 2 (.../.../...)
 - ครั้งที่ 3 (.../.../...)
- ☐ High risk (1) family history of colon cancer or adenomatous polyps
(2) Patients' history of colonic polyps
- ☐ Low risk

• Breast cancer

- Last MMG (.../.../...) (1) cat 1 (2) cat 2 (3) cat 3 (4) cat 4
- ☐ High risk (1) family history of breast cancer
- ☐ Low risk

• Immunization

- Last Annual influenza vaccine (.../.../...)

Summary Problems and Assessment

Problem lists

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Assessment& Plan/ Intervention

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

3.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index(MBAI))
คะแนนเต็ม 20 คะแนน

กิจกรรม	คะแนนที่ได้
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ 1. ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมง) 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ตัวเองได้ ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 1 คนพยุง หรือคนขึ้นมา จึงจะนั่งได้ 2. ต้องการความช่วยเหลือบาง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย 3. ทำได้เอง	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งช่วยเหลือตัวเองได้ดี) (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	

กิจกรรม	คะแนนที่ได้
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือ บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ ดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1. ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ต้องการคนช่วย 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้เอง)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ) 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระ หรือใช้ยาระบายอยู่เสมอ 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง 2. กลั้นได้เป็นปกติ	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ หรือต้อง CIC 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง 2. กลั้นได้เป็นปกติ	
คะแนนรวม	
วันเดือนปีที่ประเมิน	

3.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา (ก่อน Admit ตามภาวะปกติที่บ้าน) (The Chula Activities of Daily Living Index)

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด กิจกรรมในที่นี้ หมายถึงกิจกรรมที่ท่านทำจริงๆ ไม่ใช่กิจกรรมที่ท่านสามารถทำได้แต่ไม่ทำ

กิจกรรม	คะแนนที่ได้
1. Walking out door (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน) 0. เดินไม่ได้ 1. ใช้รถเข็น แต่ช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง 2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด 3. เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)	
2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร+หุงข้าว) 0. ทำไม่ได้ 1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้ 2. ทำได้เอง	
3. Heavy house work (เช่น ทำความสะอาด ภูบ้าน ซักผ้าเสื้อผ้า) 0. ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วย 1. ทำได้เอง	
4. Money exchange (ทอนเงิน/แลกเงิน) 0. ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วย 1. ทำได้เอง	
5. Transportation (เช่น ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว หรือขับรถเอง) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย 2. ไปมาได้เอง	
คะแนนรวม	
วันเดือนปีที่ประเมิน	

การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ

รศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วในอดีต โดยระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ของประเทศอังกฤษและเวลส์ จะใช้เวลานานถึง 107 ปี ขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 30 ปีเท่านั้น¹ ผลคือ ทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2498 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 (ปี พ.ศ. 2528) ร้อยละ 7.6 (ปี พ.ศ. 2538) ร้อยละ 9.3 (ปี พ.ศ. 2543) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 12 (ปี พ.ศ. 2553)² ซึ่งตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติได้กำหนดว่า สังคมใดมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” หรือ population ageing³ สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อัตราการเกิดลดลงขณะที่อัตราการเสียชีวิตของประชากรโดยรวมก็ลดลงด้วย

สำหรับปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ 72-80 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีอาการปวดข้อต่างๆ (ร้อยละ 43-48) มีโรคความดันเลือดสูง (ร้อยละ 14-27) มีโรคเบาหวาน (ร้อยละ 3-9) มีอาการหลงลืมง่าย (ร้อยละ 8-12) มีปัญหาทางการได้ยินเสียง (ร้อยละ 8-15) มีปัญหาการมองเห็นในระยะใกล้ (ร้อยละ 50-66) มีปัญหาการมองเห็นในระยะไกล (ร้อยละ 22-36) จำเป็นต้องได้ยารับประทานเป็นประจำ (ร้อยละ 40-55) สูบบุหรี่ยเป็นประจำ (ร้อยละ 12-26) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 9-21) มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าทำให้เดินไม่สะดวก (ร้อยละ 16) มีปัญหาหกล้ม (ร้อยละ 10) โดยหกล้มนอกบ้านมากกว่าในบ้าน และมักเกิดจากการสะดุดสิ่งกีดขวางหรือพื้นลื่น⁴⁻⁹

ผลจากการที่ผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันประชากรกลุ่มนี้ก็มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (preventive geriatrics) จึงมีความสำคัญอย่างมากที่บุคลากรทางด้าน การแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งในระดับนโยบายและในระดับปฏิบัติ เห็นแนวโน้มที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ พร้อมทั้งมีมาตรการต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการให้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อาจแบ่งออกได้เป็นสามระดับ ดังนี้¹⁰

1. การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention)

หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่สภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาวะทางกาย (physical well-being) สุขภาวะทางจิต (mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่วัยยังไม่มีโรค ซึ่งมีหัวข้อ 7 ประการดังต่อไปนี้

1. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
3. การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม
5. การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ

- 6. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรค ที่สำคัญได้แก่
 - 6.1 ภาวะหกล้ม
 - 6.2 โรคกระดูกพรุน
 - 6.3 โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - 6.4 การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น
 - 6.5 โรคเมเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
- 7. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2. การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)

หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามมากขึ้นด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรค และให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

3. การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)

หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง

ดังนั้น บทบาทการบริการทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่บุคลากรทางสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิสามารถทำได้ จึงควรมุ่งไปที่การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งอาจใช้ความรู้ความชำนาญที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางสาธารณสุขควรเข้าใจลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ดังคำช่วยจำที่ว่า R-A-M-P-S¹¹

R – reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยวัยเด็ก ที่ไม่ควรคิดเสมือนว่าเป็นผู้ใหญ่ทั่วไปที่มีขนาดเล็ก การดูแลผู้ป่วยสูงอายุก็ไม่ควรคิดเสมือนว่าเป็นผู้ใหญ่ทั่วไปที่มีเพียงเส้นผมที่หงอกขาว การทราบตัวอย่างการประยุกต์ความรู้ด้านนี้กับการนำมาใช้ในเวชปฏิบัติประจำวันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง^{10, 12}

A – atypical presentation ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง ในสองลักษณะดังต่อไปนี้

1. อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำบ่อยในผู้ป่วยทั่วไป มักบ่งถึงโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อาจไม่แจ้งอาการดังกล่าวกับแพทย์ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (hyperthyroidism) อาจไม่มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือเหงื่อออกง่ายอย่างที่พบในผู้ป่วยทั่วไป ที่เรียกลักษณะแบบนี้ว่า apathetic hyperthyroidism

2. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ที่เรียก geriatric giant เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ จะเกิดผลกระทบต่อบุคลิกภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้ อาจเรียกว่า “big I’s”¹³ ได้แก่

- 2.1 instability หมายถึง ภาวะหกล้ม
- 2.2 immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน
- 2.3 incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด
- 2.4 intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลันจะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)
- 2.5 iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)
- 2.6 inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

M – multiple pathology นอกจากผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา¹⁴ โดยทั่วไป กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1. กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น
2. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerosis) เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease) เป็นต้น
3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจเกิดจากโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) เป็นต้น ภาวะซึมเศร้า (depression) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

P – polypharmacy ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุจะเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (polypharmacy) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) เนื่องจากความชราและความผิดพลาดเนื่องจากมนุษย์ (human error) พบว่า การใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ได้แก่ การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม และระบบการเข้าถึงยาที่ประชาชนสามารถซื้อยาได้เองจากร้านขายยาโดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์¹⁵

S – social adversity ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญที่แพทย์ควรประเมิน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เศรษฐฐานะ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ตั้งแต่ลักษณะ

ที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นเช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา เป็นต้น

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานในแต่ละคนก็แตกต่างกันอย่างมาก แม้จะมีอายุเท่ากัน (heterogeneity) การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า จึงมักไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้มีการพัฒนาการประเมินผู้ป่วยสูงอายุให้ครบถ้วนในทุกมิติ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสุขภาพด้านกาย (physical assessment)

นอกจากการซักประวัติต่างๆ ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวแล้ว ประวัติยาเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้น ข้อมูลด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment: MNA) การประเมินท่าเดิน (เช่น get-up-and-go test) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่ม “big’s I” อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะเสมอ

2. การประเมินสุขภาพด้านจิต (mental assessment)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์จึงควรประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติ ค่อยพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น เพื่อให้ได้การวินิจฉัยแยกโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมเศร้า (ใช้ Confusion Assessment Method: CAM) ภาวะซึมเศร้า (ใช้ Geriatric Depression Scale: GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ดังกล่าว

แล้วข้างต้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวของผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ย่อมเป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้สูงอายุ

4. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional assessment)

อาจกล่าวได้ว่าการประเมินความสามารถด้านนี้ในผู้สูงอายุ เป็นความก้าวหน้าอย่างสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถรับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุที่รักษาไม่หายขาด และยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังดังกล่าว ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนัก โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็นสองระดับ ได้แก่

ก. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้

ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ข. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหาร รับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผลจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบถ้วน ทั้งสี่ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เพียงปัญหาทางสุขภาพโดยตรงแต่อย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team approach) บุคลากรในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติหรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง ■

เอกสารอ้างอิง

1. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine ; 1998.
2. The National Commission on the Elderly. Situation of the Thai elderly 2005. Bangkok: the National Buddhism Office's Publisher; 2006.
3. United Nations. The aging of populations and its economic and social implications (population studies No.26). New York: United Nations, 1956.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิวพีจำกัด; 2551.
5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
6. ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปรียานุช แยมวงษ์, สมทรง เลชะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคกลาง โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 026/42 มิถุนายน. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
7. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลชะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดลเอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 029/42 ตุลาคม. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
8. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลชะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้ โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 031/42. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
9. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลชะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 34/43 สิงหาคม. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2543.
10. ประเสริฐ อัสสันตชัย. หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน : ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น, 2552; หน้า 1 – 14.
11. Livesley B. Diagnostic difficulties in elderly people : the value of a multidisciplinary approach. Spectrum International. 1992; 32: 40-2.
12. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา. ใน : วันชัย วะชีวนาวิน, สุทิน ศรีธัญญาพร, วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์: โรคตามระบบ I. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2552; หน้า 753-73.
13. Isaacs B. The Giants of Geriatrics. In: Isaac B, ed. The challenge of geriatric medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992; p.1-7.
14. Evans JG. The Clinical achievements of British geriatrics. In: Phillips J, ed. British gerontology and geriatrics: experience and innovation. Middlesex: DS Print & Redesign, 1997; p.5-12.
15. ประเสริฐ อัสสันตชัย. Principle and practice of drug prescribing in the elderly patient. ใน: นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ อายุรศาสตร์ ทันยุค 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2537; หน้า 201 - 22.

จริงหรือไม่?

ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยอาจล้มละลาย จากปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต

บทวิเคราะห์และทางเลือกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้อำนวยการ Thai-European Health Care Reform Project

มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนว่า มนุษย์ในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น (Longevity) จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา ภาวะโภชนาการ ความแข็งแรงของร่างกาย สภาพเศรษฐกิจและสังคม เมื่อศตวรรษก่อนมีประชากรในยุโรปเพียงร้อยละ 25 ที่มีอายุถึง 65 ปี แต่ในปัจจุบันเกือบร้อยละ 90 ของประชากรมีโอกาสมีอายุยืนเกิน 65 ปี และมีสุขภาพดีกว่าประชากรในวัยเดียวกันนี้เมื่อหนึ่งร้อยปีก่อน

รายงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง คือ อายุ เพศ เทคโนโลยี และ ภาวะสุขภาพ (Health status) และมีข้อมูลชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามอายุเป็นลักษณะตัวอักษร “J” ในภาษาอังกฤษ (J Curve) กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะสูงในช่วงวัยแรกเกิดจากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงหนุ่มสาว จากนั้นจะกลับสูงขึ้นในวัยกลางคนและสูงที่สุดในวัยชรา และถ้าการมีอายุยืนยาวเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการลดลงของอัตราเกิด จะทำให้เกิดภาวะที่นักประชากรศาสตร์เรียกกันว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” ซึ่งทำให้มีผู้อยู่ในวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยเฉพาะผู้ชราที่มีจำนวนสูงขึ้น อาจทำให้เกิดสถานะทางการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไม่มั่นคงได้

แต่เมื่อศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมพบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุนั้นค่าใช้จ่ายสุขภาพของ กลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เกิดแนวคิดว่าการที่การที่ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ชราสูงกว่ากลุ่มอื่นนั้น เกิดจากประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตในช่วงอายุนั้นสูงกว่า ไม่ใช่เป็นเพราะอายุมากกว่า นอกจากนั้นจากการวิเคราะห์ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ มาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าภาวะชราภาพอย่างชัดเจน



1. สถานการณ์ในประเทศ

สำหรับประเทศไทยนั้นประชากรไทยก็มีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา และเมื่อดูจากเกณฑ์ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติซึ่งกำหนดว่าประเทศที่อยู่ในภาวะประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมาก 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ด้วยปัจจัยทั้งการมีอายุยืนยาวขึ้น อัตราตายลดลง และอัตราเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง

ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร มีผู้สูงอายุจำนวนประมาณร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2548 โดยเป็นผู้หญิงร้อยละ 55.2 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุอยู่นอกเขตเทศบาลมีมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลประมาณ 2.5 เท่า แต่โครงสร้างอายุคล้ายคลึงกันมากกล่าวคือเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ประมาณร้อยละ 62.7 ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-74 ปี) ประมาณร้อยละ 18.4 สำหรับผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีมีประมาณร้อยละ 18.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรและญาติ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2545 มีเพียงร้อยละ 6.3 ที่อาศัยอยู่คนเดียว แต่พบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.4

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด¹ (Life expectancy at birth) ของคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทั้งชายและหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2543-2548 ชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 68.15 ปี และหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 72.39 ปี

1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ในภาพรวมคนไทยป่วยน้อยลง และแบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ แต่เมื่อนำเอาอายุคาดเฉลี่ยมาปรับด้วยตัวแปรภาวะสุขภาพซึ่งเรียกว่าอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Life expectancy at good health: LEGH) พบว่าอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของคนไทยจะเป็นเพียง 55.7 ปีสำหรับผู้ชาย และผู้หญิงลดเหลือ 62.4 ปี² กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากเป็น 5 อันดับแรกได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 สิบอันดับแรกของ DALY ในผู้สูงอายุ 60+ ปี

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	โรค
1	เส้นเลือดสมองอุดตัน	171	12.5	13.0	206	เส้นเลือดสมองอุดตัน
2	ถุงลมโป่งพอง	124	9.1	8.9	141	เบาหวาน
3	มะเร็งตับและถุงน้ำดี	114	8.4	6.1	97	ข้อเสื่อม
4	หัวใจขาดเลือด	94	6.9	6.1	97	หัวใจขาดเลือด
5	เบาหวาน	67	4.9	5.3	85	ต่อกระຈก
6	มะเร็งปอด	62	4.6	4.9	78	สมองเสื่อม
7	หุหนวก	49	3.6	4.2	67	มะเร็งตับและถุงน้ำดี
8	ต่อกระຈก	46	3.4	3.9	61	หุหนวก
9	สมองเสื่อม	38	2.8	3.8	60	ถุงลมโป่งพอง
10	ตับแข็ง	36	2.6	2.8	44	ไตอักเสบ

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการะโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

- 1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) คือจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นค่าทางสถิติที่นักประชากรศาสตร์นิยมใช้ในการเปรียบเทียบความยืนยาวของประชากรของประเทศต่างๆ
- 2 จากการคำนวณในรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลกปี 2546

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาล (หน่วยเป็นพันคน)

อายุ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	สวัสดิการข้าราชการ/บำนาญ/วิสาหกิจ	ประกันสุขภาพเอกชน	สวัสดิการโดยนายจ้าง	อื่นๆ
60-64	1727.5	41.1	403.1	36.7	5.9	6.9
65-69	1430.1	14.8	327.0	32.0	3.4	15.2
70-74	1051.5	3.1	238.4	15.3	4.3	10.1
75+	1087.9	3.0	330.5	3.8	0.9	9.7
รวม	5297.0	62.0	1299.0	87.8	14.5	41.9

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549

อัตราการสูญบุหรืเป็นประจํา และอัตราการดื่มสุราของผู้สูงอายุลดลงจากการสำรวจครั้งก่อน อย่างไรก็ตาม สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมาตลอดช่วงชีวิต

เมื่อพิจารณาการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) พบว่าผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 85 จากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็นอุบัติเหตุ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ป่วยชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุหญิงจะสูงขึ้นจนถึงอายุ 74 ปี นอกจากนั้นภาวะสมองเสื่อมก็พบมากขึ้นในคนที่มีอายุมากขึ้น ในส่วนโรคเอดส์ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง

ในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 97.7 ของผู้สูงอายุไทยใช้สวัสดิการรักษายาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในการรักษายาบาล (ตารางที่ 2) และผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 12.7 ใช้บริการผู้ป่วยในซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ และ ค่าใช้จ่ายในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ไม่ว่าจะดูจากจำนวนค่ารักษาที่โรงพยาบาลแจ้ง (Billing) หรือ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ตารางที่ 3) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการเปรียบเทียบผลการรักษา 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่กลับบ้านได้ และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ก็พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉพาะครั้งที่ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉพาะครั้งสำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างชัดเจน แม้ว่าข้อมูลยังไม่เพียงพอจะคำนวณ Mortality cost ในแต่ละช่วงอายุ แต่พออนุมานได้ว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้ป่วยในประเทศไทยก็ยังคงคล้ายคลึงกับ

รายงานอื่นในประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูงขึ้นตามอายุในลักษณะ “J Curve” และค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอด

1.2 สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ระดับความสามารถของผู้สูงอายุเริ่มจากกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การทำงานบ้านด้วยตนเอง และกิจกรรมทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความสามารถที่นิยมใช้กันในประเทศต่างๆ คือ การวัด Activity Daily Life (ADL) ในหลายประเทศประยุกต์ใช้ ADL ในการประเมินเพื่อจัดความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ระบบการดูแลอาจจำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care givers) ได้แก่ ครอบครัว ญาติมิตร และเครือข่ายกลุ่มที่สองเป็นการดูแลด้วยผู้ดูแลที่ทำงานเป็นอาชีพ (Formal care givers) ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนก็ได้ ทั้งนี้อาจเป็นการดูแลที่บ้าน (Home care) หรือ ดูแลในสถานที่เฉพาะ (Institution) ก็ได้

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีจำนวนมากขึ้น และสัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น (ตารางที่ 4) ในอดีตผู้สูงอายุไทยที่ต้องพึ่งพาจะได้รับการดูแลโดยครอบครัวหรือญาติพี่น้อง แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว



มีการอพยพจากเขตชนบทสู่เขตเมือง โดยเฉพาะวัยแรงงาน ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ดังนั้นศักยภาพของ ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจึงลดลง ทำให้มีความต้องการการดูแลระยะยาวในสถานบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง

ในส่วนภาครัฐนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลด้วย ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในท้องถิ่น โดยมีเครือข่ายทาง สังคมของการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสบ.) รวมถึงโครงการนำร่องอีกหลายโครงการ เช่น การจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

แต่ในส่วนของระบบการดูแลแบบเป็นทางการนั้น ภาครัฐยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการจัดตั้งสถาบันสำหรับ

ดูแลผู้ชราที่ต้องพึ่งพา มีแต่สถานพยาบาลรักษาโรค เช่น โรงพยาบาลซึ่งหน่วยงานทั้งสองประเภทไม่ได้ออกแบบมา รองรับบริการดูแลระยะยาว หรือสถานสงเคราะห์คนชราซึ่ง ออกแบบมารับผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองได้ ดังนั้นจึงพบ ปัญหาเป็นประจำว่า โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้าน เนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับการบำบัดแล้ว แต่ ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่พร้อมจะรับกลับเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีระดับภาวะการณืพึ่งพาส่งกว่าที่ญาติสามารถให้การดูแลต่อ ในทำนองกลับกันผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บางรายก็มี ภาวะพึ่งพาสูงเกินขีดความสามารถของสถานสงเคราะห์

สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวโดยภาคเอกชน นั้น ส่วนใหญ่จดทะเบียนในรูปสถานพยาบาลเอกชน หรือ เลี่ยงไปจดทะเบียนกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงพาณิชย์ หรือกระทรวงแรงงาน นอกจากนั้นกล่าวได้ว่า ยังไม่มี

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่กลับบ้านได้เสียชีวิต และผู้ป่วยที่เสียชีวิต

อายุ	สวัสดิการข้าราชการ				ประกันสังคม				หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	ผู้ชาย		ผู้หญิง		ผู้ชาย		ผู้หญิง		ผู้ชาย		ผู้หญิง	
	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย
ราคาที่เรียกเก็บเฉลี่ยต่อครั้ง การนอนโรงพยาบาล (Admission) x 1,000 บาท												
20-39	16.2	83.5	11.4	90.5	16.9	63.4	10.6	74.6	10.6	32.6	6.4	34.6
40-49	20.2	66.6	16.7	87.7	18.9	66.6	15.5	64.0	11.3	33.2	9.4	37.0
50-59	25.6	73.8	21.3	87.0	22.0	78.4	17.5	80.1	12.2	39.0	10.2	39.6
60-69	27.6	85.9	23.6	89.4	25.5	100.2	20.1	71.3	12.3	46.6	10.6	47.8
70-79	26.3	101.3	22.9	94.8	26.1	153.7	29.8	131.3	11.6	50.4	10.1	47.9
80-89	25.7	103.2	24.1	106.2					10.7	48.9	10.2	49.0
90+	25.1	125.5	28.7	114.6					11.6	39.2	10.6	48.1
Adjust RW เฉลี่ยต่อครั้ง การนอนโรงพยาบาล (Admission)												
20-39	1.10	4.37	0.88	2.78	0.98	2.48	0.67	2.48	1.13	2.42	0.71	2.32
40-49	1.29	3.16	1.16	3.55	1.12	2.51	1.01	2.27	1.22	2.63	1.07	2.62
50-59	1.64	3.67	1.33	4.14	1.29	2.87	1.07	3.26	1.32	2.99	1.13	2.96
60-69	1.72	4.34	1.42	4.30	1.43	3.60	1.11	2.68	1.33	3.43	1.13	3.28
70-79	1.64	4.89	1.42	4.69	1.41	4.98	1.36	4.08	1.25	3.67	1.08	3.41
80-89	1.58	5.42	1.44	5.53					1.18	3.64	1.08	3.67
90+	1.60	5.58	1.67	5.86					1.19	3.44	1.10	3.57

ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของกรมบัญชีกลาง สนง.ประกันสังคม และ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 4 ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ

อายุ	ชาย			หญิง		
	กิจวัตรพื้นฐาน	การขับถ่าย	งานบ้าน	กิจวัตรพื้นฐาน	การขับถ่าย	งานบ้าน
60-69	1.8	3.7	5.4	2.2	5.6	7.0
70-79	3.8	5.8	12.5	5.1	7.3	19.9
80+	11.7	8.2	36.3	13.2	11.6	46.4
รวม	3.8	4.9	10.2	4.9	7.1	17.5

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2548

การกำหนดประเภทสถานบริบาลสำหรับการดูแลระยะยาว การควบคุมกำกับมาตรฐานการเรียนการสอน มาตรฐาน บริการ อัตราค่าบริการเริ่มตั้งแต่ประมาณ 8,000 บาท ต่อเดือน จนถึงประมาณ 20,000 บาทต่อเดือนในกรณี นอนพักในสถานบริบาล

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบในการ ประมาณความต้องการการพึ่งพาของผู้สูงอายุว่า มีจำนวน เท่าใด ต้องการผู้ดูแลทั้งที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและที่เป็น ทางการเท่าใด ระบบจัดบริการในภาพรวมควรเป็นอย่างไร ต้องจัดระบบการเงินการคลังอย่างไร มีเพียงการประมาณ การคร่าวๆ ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ว่าในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและ ต้องการคนดูแล 22,348 คน คิดเป็นค่าใช้จ่าย 805 ล้านบาท หากจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.) โดยได้ค่าตอบแทน 3,000 บาท ต่อเดือน โดย อสผ. 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน

แนวโน้มในระยะ 10 ปี และเหตุผลประกอบ

แนวโน้มในระยะ 10 ปีต่อไปนี้ประชากรไทยยัง คงจะมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ในขณะเดียวกันอัตราการ เจริญพันธุ์ก็คงจะลดลงอย่างต่อเนื่อง จากสภาพสังคมที่ผู้หญิง ทำงานมากขึ้น แต่งงานช้าลง และตั้งใจมีบุตรน้อยลงซึ่ง เป็นผลจากการเลี้ยงดูบุตรในสภาพสังคมปัจจุบันเป็นภาระ ต่อพ่อแม่มาก อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังอยู่ในช่วงที่ นักประชากรศาสตร์เรียกว่า ระยะปันผลประชากร (Population dividend) กล่าวคือ เป็นช่วงเวลา อัตราการ พึ่งพิง (Dependency ratio) ลดลง ซึ่งเกิดจากจำนวนเด็ก เกิดใหม่ลดลงมากกว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น

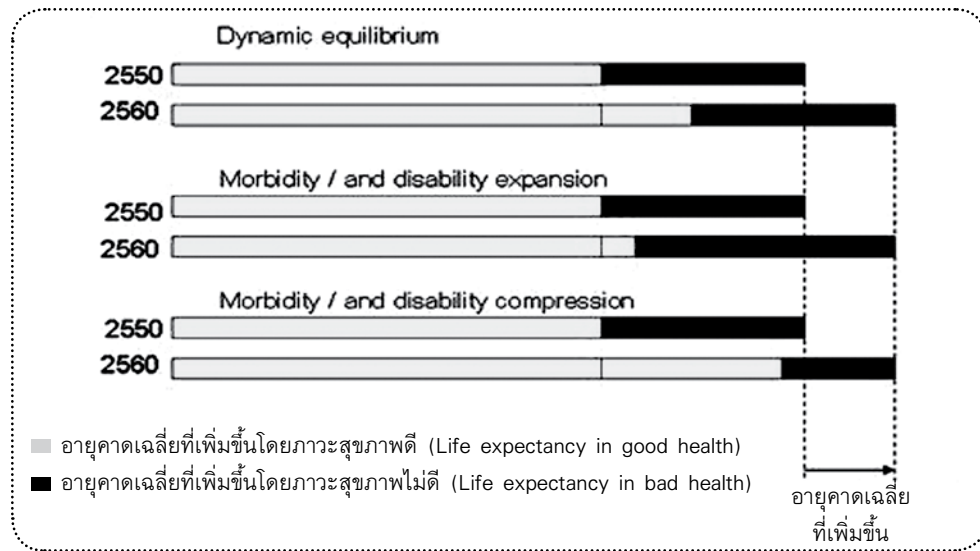
และยังมีประชากรในวัยแรงงานมาก และเป็นประชากรที่ได้ รับการศึกษาดีขึ้นกว่าในอดีตทำให้สามารถสร้างผลผลิตทาง เศรษฐกิจได้มาก ซึ่งนำไปสู่การขยายตัวทางเศรษฐกิจและ สหสมความมั่งคั่งของประเทศ

คาดว่าในช่วง 10 ปีนี้ ประชากรไทยจะมีอายุคาด เฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Life expectancy at good health: LEGH) เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงขึ้น ในลักษณะที่ เรียกว่าเป็น Morbidity/disability compression (รูปที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากผลของการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการที่ ประชากรมีการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงขึ้น ทำให้มีรายได้มากขึ้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกัน สังคมมีแผนงานที่ชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพและ รณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ประกอบกับ กระแสสังคมเริ่มตอบรับกับการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ

ผลของการที่มีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแบบ Morbidity/ disability compression จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยลดลง อัตราตายในแต่ละกลุ่มอายุลดลง ค่ารักษาพยาบาลต่อคน ต่อปีในแต่ละกลุ่มอายุมีแนวโน้มจะลดลง แต่ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลรวมอาจเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากร มากขึ้น อาจมีจำนวนการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น

ในทำนองกลับกันถ้าการรณรงค์ที่หน่วยงานต่างๆ ทำไม่ได้ผล ประชาชนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มากอยู่ ทั้งด้านเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะ น้ำหนักเกิน รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง อายุ คาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจะเป็นอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ ไม่ดี (Life expectancy at bad health: LEBH) มากขึ้น เป็นลักษณะ Morbidity/disability expansion pattern ซึ่ง ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงอย่างรวดเร็วได้

รูปที่ 1 แสดงรูปแบบที่เป็นไปได้ของ Health life expectancy ของอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ทั้ง 3 แบบ



ที่มา: ดัดแปลงจาก Economic Policy Committee (EPC) (2006)

จากการที่เริ่มมีการตื่นตัวในประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อรองรับสภาพสังคมผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์วิจัยและทดลองดำเนินการดูแลระยะยาวและกลไกการคลังของเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงเชื่อได้ว่าระบบหลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นภายใน 10 ปีนี้ ซึ่งระบบที่จะเกิดขึ้นจะใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีสถานบริบาลภาครัฐและภาคเอกชนเสริมในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

ลักษณะผลกระทบ และอิทธิพลต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

สถานพยาบาลต้องมีการปรับปรุงทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยสูงอายุที่จะมีมากขึ้นเรื่อยๆ โรคของผู้สูงอายุและวิธีการรักษาก็จะมีความแตกต่างจากโรคในวัยอื่นๆ อยู่บ้าง รวมทั้งสถานพยาบาลจะต้องเตรียมการรองรับปัญหาอื่นของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ความพิการและปัญหาทางระบบประสาทและจิตเวช จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้รองรับการที่ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วย

ในส่วนของระบบการดูแลระยะยาวนั้น ต้องมีการพัฒนามาตรฐานและระบบคุณภาพสำหรับสถานบริบาลที่

รับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกลไกในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็น Informal care giver

การมีอายุยืนขึ้นไม่น่าจะเป็นประเด็นหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากอายุเป็นเพียงปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในด้านอุปทาน โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายทางสุขภาพขึ้นกับปัจจัยหลากหลายทั้งด้านอุปทานและอุปสงค์จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการและค่ารักษาพยาบาลของทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ พบว่า การกระจายของอายุสมาชิกของแต่ละกองทุน ความรุนแรงของโรค (คะแนนรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม) อัตราการใช้บริการ ภาวะเงินเฟ้อ อัตราค่าแรงที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลง “เทคโนโลยี” (ยาใหม่ การตรวจวินิจฉัยแบบใหม่ การรักษาแบบใหม่) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยในต่างประเทศ

แต่ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการจัดการและกลไกการคลังที่ดีเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งความเท่าเทียมทั้ง Intergenerational equity และ Intragenerational equity และประสิทธิภาพของระบบ จากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยากจน โดยเฉพาะผู้มีอายุเกิน 60 ปีทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และครอบครัวที่ ‘แห้ว’ กลาง หมายถึง

ครอบครัวที่มีเพียงเด็กและคนแก่ แต่ไม่มีรุ่นกลางอยู่เลยนั้น ในเขตเมืองมีโอกาสสูงมาก (2.8 เท่า) ที่จะเป็ครอบครัวยากจน ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถ้ามีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถหาผู้ดูแลในครอบครัวได้จะไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาว เนื่องจากไม่มีกำลังเงินที่จะซื้อบริการจากสถานบริการภาคเอกชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่รัฐต้องเข้ามาจัดระบบการดูแลระยะยาวในลักษณะการจัดระบบประกันเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข และกำกับราคาค่าบริการให้สมเหตุสมผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรายงานการวิจัย 2 ฉบับที่ประมาณการความต้องการบริการดูแลระยะยาว คือ รายงานของสุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐและคณะ (2540) ประมาณว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ทั้งสิ้น 213,035 คน โดยดูแลกันเองภายในครอบครัว 111,843 คน และอยู่ในสถานบริบาล 101,192 คน รายงานฉบับที่สองเป็นของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ควรดูแลจำนวน 448,466 คนในปี พ.ศ. 2558 โดยถ้าใช้ค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเอกชนแบบค้างคืนที่กล่าวไว้ในช่วงต้นของบทความ งบประมาณที่ใช้น่าสำหรับตัวเลขประมาณการในบทความของสุวิทย์จะอยู่ในราวสองหมื่นล้านถึงสามหมื่นล้านบาทเป็นอย่างต่ำ ในขณะที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยประมาณการจำนวนและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยคิดเฉพาะค่าตอบแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสม.) โดยได้ค่าตอบแทน 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นใช้ค่าตอบแทน 2,209 ล้านบาท ซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากจะมีผู้สูงอายุจำนวน

ไม่น้อยที่ต้องเข้าสถานบริบาลเนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลปานกลางหรือดูแลมาก ซึ่งเกินกว่าขีดความสามารถของ อสม.

สรุป

ประชากรไทยมีแนวโน้มที่มีอายุยืนขึ้น แต่ในช่วง 10 ปีนี้ประเทศไทยยังอยู่ในช่วงปันผลประชากร ซึ่งจะมีกำลังแรงงานในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุ จึงเป็นช่วงเหมาะที่จะเตรียมตัวรองรับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่จะตามมา จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปัจจุบันพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามอายุ แต่ก็ไม่มากนัก ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอยู่ที่ค่าใช้จ่ายก่อนมรณกรรมมากกว่า และปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้นเป็นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ดังนั้นการมีอายุยืนขึ้นไม่น่าจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเปลี่ยนไปมากนัก แต่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเป็นคนจนสูงและจะยิ่งลำบากมากขึ้นถ้าพึ่งพาตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการระบบประกันสำหรับการดูแลระยะยาวที่มีการจัดการและกลไกการคลังที่ดี เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งความเท่าเทียมทั้ง Intergenerational equity และ Intragenerational equity และประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งระบบที่จะเกิดขึ้นควรใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีสถานบริบาลภาครัฐและภาคเอกชนเสริมในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ■

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550), สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กรุงเทพฯ
- สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (2548), การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี
- สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2550), การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย, โรงแรมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัมมาร สยามวาลา, สมชัย จิตสุชน (2550), แนวทางการแก้ปัญหาความยากจน: เสรีนิยม ประชานิยม หรือรัฐสวัสดิการ ในการสัมมนาวิชาการประจำปี 2550 เรื่อง จะแก้ปัญหาความยากจนกันอย่างไร: แข่งขัน แจกจ่าย หรือสวัสดิการ, มูลนิธิชัยพัฒนาและมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, กรุงเทพฯ
- Ahn, N., R. Genova, J. Herce and J. Pereira (2003), WP1: Ageing, Health and Retirement in Europe, Bio-Demographic Aspects of Population Ageing, Final report of WP1 of the AGIR project, FEDEA, Madrid, December.
- Economic Policy Committee (EPC) (2006), The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Special Report n° 1/2006, Brussels.
- Pellikaan, F. and E. Westerhout (2005), Alternative Scenarios for Health, Life Expectancy and Social Expenditure (paper prepared as part of the AGIR WP4 project), CPB Document No. 85, CPB, The Hague
- Westerhout, E. and F. Pellikaan (2005), Can We Afford to Live Longer in Better Health? (paper prepared as part of the AGIR WP10 project), CPB, The Hague

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ คำตอบอยู่ที่ชุมชน

พญ.วัชริน สินธวานนท์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่สังคมทำให้ขาดศักดิ์ศรี

เกิด แก่ เจ็บ ตาย คือความจริงที่แน่นอนของมนุษย์ทุกคน เป็นกฎธรรมชาติที่ทุกคนยอมรับ เมื่อร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว จะเริ่มถดถอยลงเรื่อยๆ ในขณะที่สังคมซึ่งประกอบด้วย บุคคล สภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ ก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน และเป็นปัจจัยสำคัญที่รวมก่อให้เกิดปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การที่มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ส่งผลให้ปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของหญิงและชายในประเทศไทยประมาณ 81 ปี และ 79 ปี ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่อายุขัยเฉลี่ยจะสูงขึ้นอีก (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ) นั่นหมายความว่า บุคคลจะต้องใช้ชีวิตอยู่กับร่างกายที่ถดถอยตามธรรมชาติเป็นเวลาที่ยาวนานขึ้น การที่ร่างกายมีภาวะถดถอยลงนี้ ทำให้ปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวันได้น้อยลงหรือช้าลง ยิ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยเข้ามาเบียดเบียน ยิ่งส่งผลให้บุคคลขาดอิสระทางกายในกรณีที่ร่างกายไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมต่างๆ และขาดอิสระทางใจเพราะต้องระวังหรือจำกัดกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การที่มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับการจัดการทางสังคม ดังเช่น อายุที่เข้าเกณฑ์เกษียณของสังคมไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี ทำให้บุคคลเสมือนถูกบังคับให้หยุดทำงานทั้งที่สภาพร่างกายยังสมบูรณ์อยู่ ซึ่งการหยุดทำงานหรือหยุดความรับผิดชอบต่อสังคม ทำให้สังคมอาจมองว่าผู้ที่ใช้ชีวิตยืนยาวไม่มีประโยชน์ต่อสังคมอีกต่อไป

โครงสร้างทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีให้อิสระในการดำรงชีวิต แต่ทำให้บุคคลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อการดำรงชีพของตนเองและต้องแข่งขันกันเพื่อสะสมทุน (เงิน) นอกจากนี้การใช้เงินเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนทำให้บุคคลในสังคมมีแนวโน้มเห็นคุณค่าของเงินมากกว่าสิ่งอื่น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลภายหลังเกษียณมีชีวิตอยู่อย่างขาดความสุขและขาดความอิสระ เนื่องจากต้องระมัดระวังเรื่องทางการเงิน ประกอบกับความไม่แน่นอนของสุขภาพจากภาวะการเสื่อมถอย ผู้ที่มีอายุยืนภายหลังเกษียณอาจประสบภาวะขัดสนทางการเงิน จนต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือโชคร้ายกว่านั้นคือไม่มีผู้ที่พึ่งพาได้จนกลายเป็นผู้ที่ถูกทอดทิ้ง

วัฒนธรรมที่สั่งสมกันมา เป็นเรื่องของ การให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่างๆ ในสังคม สังคมไทยให้คุณค่าแก่ผู้ที่อายุยืนว่าเป็นผู้ที่ควรแก่การเคารพ ผู้ที่สภาพร่างกายเสื่อมถอยว่าต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ดังสังเกตได้จากคำเปรียบเปรย เช่น ‘ชราภาพ’ ‘ไม่ไถ่เลี้ยง’ ‘ผู้เฒ่าผู้แก่’ เป็นต้น ซึ่งการให้ความหมายเช่นนี้ทำให้ผู้สูงวัยขาดศักดิ์ศรี ถึงแม้สังคมไทยให้ความสำคัญกับความกตัญญูและถือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม แต่บรรทัดฐานนี้ถูกสั่นคลอนด้วยมุมมองมิติทางกายเพียงอย่างเดียว ร่วมกับภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ลูกหลานถึงแม้มีความกตัญญู แต่ให้การดูแลเพียงเฉพาะมิติทางกาย หรือเหลือแต่เพียงการช่วยเหลือจุนเจือด้านการเงิน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ซึ่งเท่ากับเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้สูงวัย นอกจากนี้ในมุมมองเชิงทุนนิยม ผู้สูงวัยแทบไม่มีคุณค่าใดเลย เพราะไม่สามารถอยู่ในวงจรการผลิตได้ สังคมจึงไม่ให้ความสำคัญต่อผู้สูงวัยเท่าที่ควร

คำนึงให้ครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งต้องเป็นอาศัยมุมมองภายในของผู้สูงวัยในว่าต้องการการดูแลอย่างไร

นโยบายผู้สูงอายุฉบับล่าสุด มีแนวทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นแนวทางที่เข้ากับบรรทัดฐานของสังคมไทย แต่ก็มีรายงานปัญหาการที่ลูกต้องเข้าเมืองเพื่อทำงาน และทิ้งผู้สูงอายุให้ดูแลตนเองและหลานในบางพื้นที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ปัญหาการทำร้ายร่างกายและทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุโดยลูกหลาน (พัทธริน บุญเสริม, 2005; เกศกัญญา จิรติติกุล, 2548) ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (วรรณิภา สมนาวรรณ, 2547) และสภาพในเมืองใหญ่ที่บุคคลต้องดิ้นรนหารายได้ จะเป็นไปได้มากนักน้อยเพียงใดที่ครอบครัวที่ยากจนจะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ รายงานที่กล่าวอ้างถึงชี้ให้เห็นว่า การจัดการดูแลผู้สูงวัยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้งไม่สามารถใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงวัยทุกครัวเรือนหรือทุกชุมชนได้

คำนึงความกตัญญูและการพึ่งพาตนเองในบริบทสังคมไทย อาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเห็นว่าการดูแลบิดามารดาหรือบุคคลอื่นในบ้านเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ยังเห็นว่ารัฐควรให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นรูปแบบของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านจึงถูกจำกัดอยู่สองรูปแบบ คือ การดูแลกันเองในครอบครัว และการดูแลแบบที่รัฐจัดการให้ โดยที่หากการดูแลที่รัฐจัดให้เป็นที่ต้องการผู้สูงอายุและครอบครัวก็จะรับความช่วยเหลือ แต่หากไม่เป็นที่ต้องการก็จะไม่เข้าร่วมประเด็นนี้เป็นที่ท้าวหาไ้มโครงการที่รัฐจัดให้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนี้โครงการของรัฐที่ได้การตอบรับมักเป็นโครงการในรูปแบบสนับสนุนทางการเงิน ทำให้บุคลากรภาครัฐเสียขวัญและกำลังใจ ที่สำคัญอาจตีความหมายในเชิงลบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นการจำกัดมุมมองการดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่ครอบครัวและรัฐตามอุดมคติของสังคม จึงควรได้รับการเปลี่ยนแปลง และหารูปแบบใหม่ในการจัดการดูแล

เตรียมความพร้อมของชุมชน

จุดตั้งต้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบดูแล

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) พบว่า โครงสร้างของประชากรในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปคือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ปัจจุบันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 15 ในด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 40-60 มีปัญหาข้อเสื่อม

ด้านความเจ็บป่วยพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14 ความชุกของเบาหวานร้อยละ 7.9% ด้านภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพา พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 25 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในอนาคตอันใกล้ชุมชนจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นจนอาจกลายเป็นกำลังสำคัญของชุมชน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีภาวะเสื่อมถอยของร่างกายมากขึ้นตามสภาพของแต่ละบุคคล ที่จำกัดการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมของผู้สูงอายุและความเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ หากจินตนาการว่าในอนาคตไม่มีลูกหลานช่วยจัดหาอาหารหรือพาไปรับการรักษา (เพราะประชากรวัยทำงานน้อยลง และต้องไปทำงานนอกพื้นที่) ผู้สูงอายุในชุมชนจะอย่างไร

ภายหลังการดำเนินนโยบายผู้สูงอายุที่ผ่านมาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และไม่ดีขึ้นเลย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549; สัญญา รักษาชาติ, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; จิระพร อภิชาติบุตร, 2540; ศิริพร วีระเกียรติ, 2546; พัทธกษ ศิริวัฒนเมธานนท์, 2540) หรือหากใช้การประเมินประเด็นย่อย ได้แก่ การวัดเครือข่ายผู้สูงอายุก็พบว่าอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (Khwanupa Wongba, 2001) ผลการศึกษาที่อ้างถึง อาจแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมายังอยู่ในระดับครอบครัว ดังนั้นผลรวมเฉลี่ยคุณภาพของการดูแลจึงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะหากครอบครัวที่มีความพร้อมสูง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุย่อมสูง แต่ครอบครัวที่มีความพร้อมต่ำ คุณภาพชีวิตย่อมไม่ดี การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาไม่ได้แก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกัน

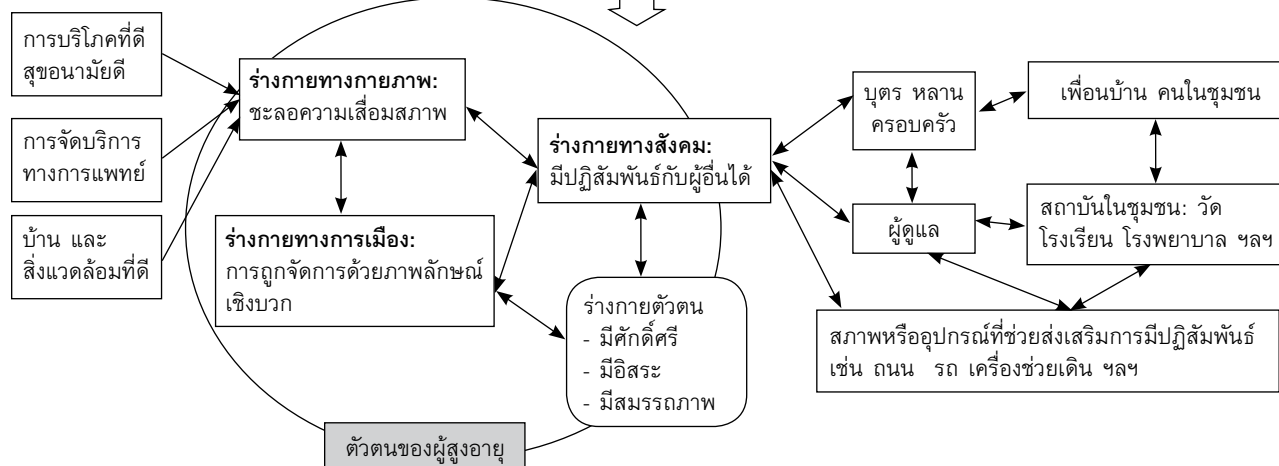
การให้ความสำคัญแก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ มีข้อดีคือ บุตรหลานได้แสดงความกตัญญู ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่น แต่หากครอบครัวที่ไม่พร้อมย่อมทำให้คุณภาพของการดูแลต่ำดังกล่าวข้างต้น และยังเกิดการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ และการทอดทิ้งผู้สูงอายุเพื่อไปทำงานหาเลี้ยงชีพ การแก้ปัญหาด้วยการสนับสนุนทางการเงินหรือส่งเสริมสุขภาพอาจไม่ได้ทดแทนประเด็นผู้ดูแลที่ดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างแท้จริง การช่วยเหลือระดับชุมชนอาจช่วยแก้ปัญหาได้

การจัดการสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค การสื่อสารสำหรับผู้สูงวัย เป็นประเด็นที่ต้องมีการจัดการเพื่อการเตรียมพร้อมสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งนโยบายแห่งชาติเป็นการวางแผนสำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ แผนการจัดการประเด็นดังกล่าวจึงอาจไม่เหมาะสมกับชุมชนต่างๆ ที่มีความหลากหลายทางภูมิสภาพ และวัฒนธรรม แต่ละชุมชนจึงควรต้องมีการร่วมกันเคลื่อนไหว เพื่อเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (ภาพที่ 2)

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยชุมชน เพื่อชุมชน

อุดมคติ: เตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ

โครงสร้างสังคม: ทำอย่างไรที่จะทำให้สังคมที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ดำรงอยู่ได้



ข้อดี

- เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วนของชุมชน
- สร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ
- ชุมชนได้ผลตอบแทนจากการที่ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ และช่วยตัวเองได้ ในรูปแบบอื่น เช่น ช่วยลดภาระทางการเงิน บุตรหลานหากไม่ต้องพาไปโรงพยาบาลบ่อย
- เตรียมความพร้อมสำหรับสังคมที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคต

ข้อเสีย

- จัดการยาก ต้องใช้ความร่วมมือแรงร่วมใจของชุมชนอย่างมาก เพราะต้องทำอย่างเป็นระบบ
- ใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล เพราะต้องจัดการหลายมิติ
- ต้องใช้เงินลงทุนมาก เช่น จัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้
- ขัดกับอุดมคติที่มีมา เช่น ฟังตนเอง จึงไม่เห็นด้วยและไม่ร่วมมือกับการช่วยเหลือกันแบบกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. กชกร สังขชาติ. (2545). ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. ภาควิชาการศึกษานอกระบบ. มหาวิทยาลัยบูรพา.
3. เกศกัญญา จิรดิถีกุล. (2548). ความชุกและปัจจัยทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
4. จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). Relationships between personal factors, family support, and community health services with quality of life of the elderly in slum area, Bangkok Metropolis. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
5. พัทธกษ ศิริวัฒนเมธานนท์. (2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(1): 115-21.
6. วิริยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา. (2544). การจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งพาตนเอง : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. วรณภา ศรีธัญรัตน์. (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยพัฒนาระบบสาธารณสุข.
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานโครงการระบบการดูแลและระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
9. ศิริพร พรพุทธธา. (2541). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการหลอกลวงในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. สัญญา รักชาติ. (2548). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
11. สมนึก แสงเขียว. (2544). การจัดสวัสดิการสังคมของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (M. Politics). Ramkhamhang University.
12. อรวิทย์ รมยะสมิต. (2543). การติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยแกนนำผู้สูงอายุ. หนังสือการประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8.
13. Khwansupa Wongba. (2001). Personal characteristics, health risk behaviors, social support, and social networks related to health status of the handicapped elderly in Suphanburi province. Thesis (Master. Science -Public Health Administration). Mahidol University.
14. Pucharin Comin. (2005). Experiences of care of dependence elderly by family caregivers. Thesis (M.N.S). Chulalongkorn University.

RCFPT

really promoting family medicine?

Over the last two years the Royal College of Family Physicians of Thailand has undertaken a number of serious reviews of its programmes, and some of its committee members have become increasingly involved in influencing decision making about the future of primary care and family medicine. Some of these reforms include curriculum development for the post graduate family medicine intern programme, revision and improvement to international standards of the examinations procedure for the post graduate qualification, development and signing of a number of Memoranda of Understanding with central organisations including Thai Nursing and Midwifery Council, National Health Security Office, Ministry of Public Health, and, separately, with the Royal College of General Practitioners UK. The College has been involved in the promotion of secondments of family doctors to UK family medicine practices to gain experience of other systems. All of these initiatives are very positive. And some senior College members are keen to further reform the College and its activities.

BUT, is the RCFPT really promoting the values and professionalism of the specialty of family medicine in Thailand? Most of its members are not qualified as family doctors. The College does little to encourage young qualified family medicine doctors to join and fully participate in the role and function of the College committees and the College does nothing to promote family medicine as a separate professional clinical specialty.

The specialty of family medicine needs leadership and drive to ensure that patients are provided with high quality, clinically professional, community based primary care. Those doctors who are qualified as family physicians are not getting appropriate support from the College to promote the specialty, and the College is not playing the role of professional advocate. Rather, the College is investing its energy in protecting the status quo, protecting its members who are not family medicine qualified, and refusing to participate in proactive and innovative ways of ensuring the establishment of primary care and family medicine as a fully accepted specialty in the Thai health sector.

Certainly, the specialty of family medicine requires a professionally qualified base. Certainly, the specialty requires leadership and proactive involvement in promoting both the specialty and qualified family physicians within the health sector. Unfortunately neither of these are apparent in the make-up of the College currently. The label of Royal College of Family Physicians of Thailand is currently a misnomer.

The only hope for the College is for all of the qualified family doctors in Thailand to join and to proactively pursue executive positions within the College and its committees. Only then will the Royal College of Family Physicians of Thailand truly reflect the interests of the specialty and the professional family physician members.

Monica M Burns
European Team Leader
Health Care Reform Project

เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทที่ทำทนายในงานปฐมภูมิ

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น สถิติข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรแสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2543 มีประชากรสูงอายุ 5.7 ล้านคนหรือร้อยละ 9.19 ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 6.6 ล้านคนหรือร้อยละ 10.2 และแนวโน้มในปี พ.ศ. 2553 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 7.6 ล้านคนหรือร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด ตัวเลขผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 10% นี้ชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) แล้ว ประชากรสูงอายุเหล่านี้ต่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง บทบาทของระบบบริการปฐมภูมิทั้งในปัจจุบันและในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นการดูแลประชากรกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

กรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงการทำงานของทีมงานปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยม่ายอายุ 81 ปี ภูมิลำเนา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สหิการักษา เบิกได้ (จากลูกสาวที่เป็นครู)

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีที่ผ่านมา ลูกสาวมารับยาแทนบ่อยครั้ง ทีมศูนย์สุขภาพชุมชนจึงวางแผนเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินครอบครัวและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยได้รอบด้าน และวางแผนในการดูแลได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

รักษาโรคความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่สอดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ได้ยา HCTZ ½ เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ Atenolol (50) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง ปี

พ.ศ.2549 เริ่มมีอาการข้ออักเสบบ่อยครั้งขึ้น (หัวแม่เท้า, เข่า 2-3 ครั้งในช่วง 1 ปี) รักษาโดยเพิ่มยา Colchicine (0.6) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ หยุดยา HCTZ ปี พ.ศ.2550 ตรวจพบ Atrial Fibrillation with Cardiomegaly เริ่มได้รับ ASA 80 mg. 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง

มกราคม พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยปัญหาปัสสาวะไม่ออก ต้องเบ่ง เวลาปวดปัสสาวะต้องรีบไปเข้าห้องน้ำ มีปัสสาวะเล็ด เริ่มยา Prazosin (1) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งอาการดีขึ้น แต่ไม่หายสนิท ปัจจุบันรับประทานยา Prazosin (1) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง, Atenolol (50) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง, Colchicine (0.6) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง, ASA 80 mg 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ CaCO₃ (600) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง

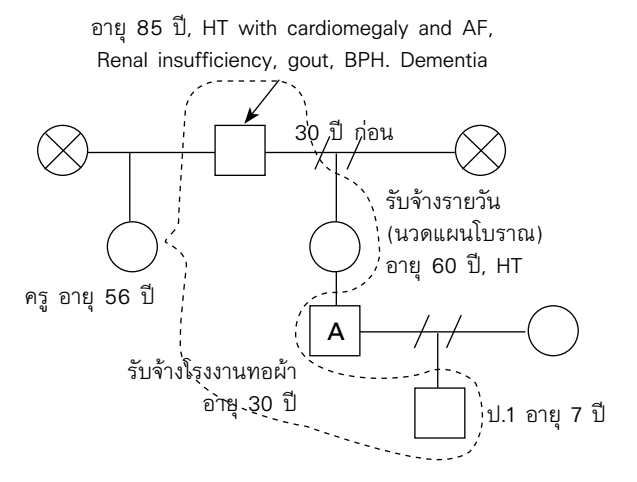
ประวัติส่วนตัว

สูบบุหรี่ใส่โย 1 มวน/วัน มา 40 ปี เลิกสูบบุหรี่ได้ประมาณ 20 ปี ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้น้ำยาล้างจมูกเป็นประจำ ไม่เคยแพ้ยา และปฏิเสธการใช้สมุนไพร

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยอยู่กับลูกสาวอายุ 61 ปีและหลานชาย อายุ 7 ปี ลูกสาวเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน แม่สอดเช่นกัน ลูกสาว (Care giver) เป็นคนทำหน้าที่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือรับยาแทนผู้ป่วย ดูแลเรื่องทำอาหารโดยทำเองวันละครั้งตอนเช้าและใช้กินตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยมีภรรยา 2 คน ภรรยาคนแรก (แม่ของ care giver) เลิกกันแล้วประมาณ 30 ปี หลังจากภรรยาคนที่สองตายก็กลับมาอยู่กับลูกสาว ลูกสาวเป็นโสดและรับลูกบุญธรรมมาเลี้ยง ปัจจุบันมีหลานที่เกิดจากลูกเลี้ยงที่ต้องดูแล (รายละเอียดตาม Genogram)

Family Genogram



เยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่อารมณ์ดี มีเพื่อนบ้านรุ่นราวคราวเดียวกันมาเยี่ยมบ่อยๆ (ระหว่างเยี่ยมบ้านมีเพื่อนผู้สูงอายุมาร่วมพูดคุย) เหตุที่ผู้ป่วยต้องให้ลูกสาวรับยาแทนบ่อยๆ เพราะผู้ป่วยอายุมากขึ้น เดินทางลำบาก และนั่งรอตรวจได้ไม่นาน และทุกครั้งที่ต้องไปโรงพยาบาลจะต้องเสียค่าจ้างรถสามล้อประมาณ 200 บาท/ครั้ง จึงเป็นอุปสรรคในการมาโรงพยาบาล (1 ปีก่อนหน้านี้ผู้ป่วยสามารถปั่นจักรยานไปเองได้)

ทีมเยี่ยมบ้านพบปัญหาใหม่จากการสังเกตว่า ผู้ป่วยพูดซ้ำเรื่องเดิมหลายครั้ง ลูกสาวเล่าว่า 1 ปีมานี้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม เช่น ลืมว่ากินข้าวแล้ว บางครั้งซ่อนเงินแล้วหาไม่เจอ แล้วก็โทษลูกสาวว่าเอาเงินไป (ที่จริงเอาไปซุกไว้ใต้ที่นั่ง) มีอยู่ครั้งหนึ่งผู้ป่วยเดินไปบ้านเพื่อนในตอนกลางวันแล้วลืมทางกลับบ้านตัวเอง จนเพื่อนต้องพามาส่ง ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นแต่เป็นไปอย่างช้าๆ แต่ไม่มีอาการสับสนในตอนกลางคืน ผู้ป่วยเองก็รู้ตัวว่าตนเองหลงลืมง่ายและในบางครั้งก็รู้สึกหงุดหงิดบ้าง



สภาพบ้าน (ดั่งรูป)

เป็นบ้านไม้ใต้ถุนสูง มีระเบียงที่เป็นไม้ระแนง หอมน้ำเป็นทางลงชั้นไม่มีราวบันไดจับ หอมน้ำเป็นคอห่าน ลูกสาวผู้ป่วยแก้ปัญหาโดยให้พ่อเข้าหอมน้ำโดยใช้เก้าอี้สำหรับขับถ่าย การเดินผู้ป่วยมีไม้เท้า 2 อันทั้งแบบทำเอง (ไม้พลองที่ไม่มียางรองเสียงต่อการลื่นและตรึงระแนง) และแบบที่ได้จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยชอบใช้แบบทำเองที่บ้าน แต่พอจะไปโรงพยาบาลค่อยใช้ของโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลว่าเสียดายกลัวจะเก่าเร็ว สภาพแสงไฟในบ้านค่อนข้างไม่สว่าง แสงไม่เพียงพอ

ภาวะทางเศรษฐกิจ

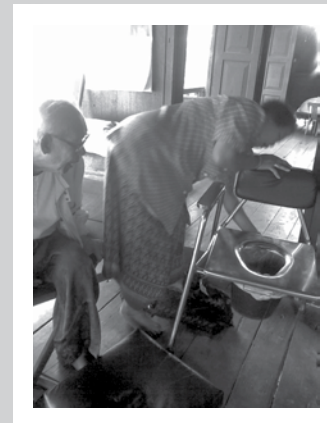
ลูกเลี้ยงของลูกสาวส่งเสียเรื่องเงินบ้าง 200-500 บาท แต่ไม่สม่ำเสมอ ลูกสาวต่างแม่ของผู้ป่วยอีกคนเป็นครูให้เงินผู้ป่วยเป็นบางครั้งไว้ใช้ส่วนตัว รายได้ตอนนี้ได้จากเงินผู้สูงอายุ 2 คน รวม 1,000 บาท และรายได้จากลูกสาวรับจ้างรายวัน หรือมีคนมาให้นวดแผนไทย 100-200 บาท บางช่วงหาไม่ได้ก็มีเงินเก็บบ้าง ขอยืมเพื่อนบ้านบ้าง รายจ่ายต่อวันประมาณ 200 บาท/วัน

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตพื้นฐาน (Basic ADL)

ลูกนั่งจากที่นอน/ใช้หอมน้ำ/อาบน้ำ/แต่งตัว/กินข้าว-ทำได้เองหมด ส่วนเดินไปมาในบ้าน-ต้องใช้ไม้เท้า

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อน (Instrumental ADL)

- Meal preparation : ลูกสาวทำให้
- Housework: ลูกสาวทำให้
- Laundry: ลูกสาวทำให้
- Medication management: ต้องมีลูกสาวจัดยาให้
- Telephone: ทำได้เอง
- Shopping: ทำไม่ได้
- Transportation: ต้องมีคนพาไปนอนบ้านถึงจะไปได้
- Money management: หลงลืมว่าเก็บเงินไว้ที่ไหนเป็นประจำ



การตรวจร่างกาย

A Thai elderly man, good orientation, not pale, no icterus BP = 110/70 mmHg (นั่ง), 120/75 mmHg (นอน), P = 90/min (totally irregular) BMI = 25.1 kg/m²

HEENT: dental carries and poor dental hygiene, cataract both eye, hearing loss

RS: normal breath sound, no adventitious sound

CVS: normal s1 s2, no murmur, apex at 5th lateral to MCL 2 cm, full pulse every extremities

Skin: dry and senile purpura

Musculoskeletal: crepitus both knee, quadriceps muscles atrophy

NS: DTR 2+ all, motor power 4+ all

PR: enlarge prostate with smooth rectal mucosa

ผลตรวจห้องปฏิบัติการ

CBC: Hct=38% WBC=5200 plt=220,000, serum TSH=0.54 (ปกติ)

Uric: acid=8.3 mg% BUN/Cr=15/1.3 mg% (ก.พ.49) ล่าสุด Cr=1.6 (ต.ค.51)

FBS=79 mg% Chol=185 TG=58 mg% HDL=49 mg% LDL=124 mg%

EKG: AF rate=90/min, CXR-cardiomegaly

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายที่ซับซ้อนหลายอย่าง ได้แก่ gout, BPH และ HT ที่มี target organ damage เป็น Renal insufficiency และ cardiomegaly จนเกิด chronic AF และที่ซับซ้อนมากขึ้น คือ ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลืมช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อาการเริ่มเป็นมากขึ้นอย่างช้าๆ น่าจะเกิดภาวะ vascular dementia (มี HT) มากกว่าโรค delirium (อาการมักเปลี่ยนแปลงเร็วระหว่างวัน) หรือ depression และผู้ป่วยไม่มีภาวะ hypothyroidism ซึ่งอาจทำให้มีอาการคล้าย dementia ได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้น้อยลงไปด้วย ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเองไม่ได้ การประเมิน functional status ของผู้ป่วยมี Instrumental ADL ที่ต้องพึ่งพิง care giver มาก เมื่อต้องทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือออกนอกบ้าน สภาวะทางจิตสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางอารมณ์มากนักมีเพื่อนผู้สูงอายุมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำ แต่ก็พบว่าผู้ดูแล (care giver) มีภาระที่ต้องหารายได้มีโรคประจำตัวและยังต้องดูแลหลาน (ลูกของลูกเลี้ยง) จนก่อให้เกิดความเครียดจากภาระที่มากและมีปัญหาทางการเงิน ส่วนการประเมินสภาพบ้าน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดพลัดตกหกล้ม (Falling)

จากการประเมินทั้งหมด ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องดูแลที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Giants) ได้แก่ Immobility, Intellectual impairment, Incontinence เสี่ยงต่อ Instability (Fall) และเสี่ยงต่อได้รับยาหลายตัว จึงเสี่ยงต่อ side effect และ Drug interaction (Iatrogenesis) ดังนั้นทีมเยี่ยมบ้านจึงวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องดังนี้

1. Dementia การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก ต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (pharmacological) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุด การรักษาโรคสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม ได้มีการปรับเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ง่ายและไม่ซับซ้อน โดยจัดยาให้กินวันละหนึ่งครั้ง และแนะนำให้ care giver เข้าใจถึงอาการของโรคสมองเสื่อมว่า ผู้ป่วยไม่ได้แกล้ง การพูดคุยกับผู้ป่วยให้เน้นประโยคสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นการชะลอความเสื่อม รวมทั้งวางแผนส่งผู้ป่วยไปตรวจตา



และการไต่ย่นเพื่อแก้ไข cataract และแก้ไขภาวะไต่ย่นให้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสับสนน้อยลง และสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ดี

2. Falling precaution อย่างที่กล่าวไปข้างต้นว่า มีจุดเสี่ยงหลายจุดจึงปรึกษาทีมกายภาพบำบัด เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น เพิ่มแสงสว่าง จัดระเบียบของในบ้านไม่ให้รก ติดตั้งราวบันไดห้องน้ำ (แต่มีข้อจำกัดเรื่องการเงิน) ครอบครัวได้แก้ปัญหาไปบางส่วน โดยซื้อที่นั่งอุจจาระลดความเสี่ยงกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยอาบน้ำกลางแจ้งหน้าบ้าน แต่ผู้ดูแลก็มีภาวะเสี่ยงเช่นกัน เนื่องจากอายุเริ่มมากขึ้น

3. Polypharmacy พยายามใช้นาน้อยที่สุด และจัดมียาที่กินง่าย เพื่อเพิ่ม compliance ผู้ป่วยรายนี้มียาที่เสี่ยงต่อ orthostatic hypotension คือ prazosin ที่เป็น alpha blocker แต่จากการวัดความดันโลหิตทำนอง ท่านอนแล้ว ผลออกมาปกติดี สำหรับยานอนหลับให้ใช้เมื่อจำเป็น ส่วน atenolol ก็มีโอกาสดังกล่าวอีกทั้งยานี้ยังจำเป็นในการควบคุมอัตราการเต้นหัวใจ เพราะมี AF

4. Stroke and ischemic heart disease prophylaxis รายนี้มี AF ที่เกิดจาก long standing HT มีความเสี่ยงในการเกิด thromboembolic stroke อายุเกิน 75 ปี และมี HT แต่ไม่ได้ประเภณ EF รายนี้เป็น candidate การให้ warfarin แต่ผู้ป่วยมี Dementia และมีโอกาสไม่มาตามนัดจึงใช้ ASA แทน

5. Care giver support ผู้ดูแลมีความเครียดจากหลายปัจจัย ได้ให้ supportive psychotherapy วางแผนเยี่ยมบ้านติดตามอาการทุก 1 เดือน เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วย (ติดตาม instrumental ADL) และประเมินการช่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินอย่างครอบคลุมทุกมิติ (comprehensive geriatric assessment) ดูแลอย่างต่อเนื่อง และต้องทำงานเป็นทีม (multidisciplinary team) ถึงแม้ว่าในบริบทความเป็นจริงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร จุดสำคัญที่จะทำให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว ต้องปรับทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุจากการสงเคราะห์ช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว เป็นการสร้างศักยภาพในการดูแลตัวเอง (รวมถึงกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, ชมรมผู้สูงอายุ) ให้การสงเคราะห์ในรายที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ จัดระบบการดูแลที่บ้าน โดยทุกกระบวนการจะประสบความสำเร็จต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนอย่างแท้จริง เพื่อคงความมีสุขภาพดี ค้นพบโรค (กาย/ใจ) ในระยะแรก รักษาถูกต้องทันเวลา ฟันฟูสภาพอย่างเหมาะสม ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีโรคเรื้อรังให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ■

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย [Online]. 2008 [cited 2008 Jul 4]; Available from: URL:http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/n78.html
2. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระบบ หลักการและแนวทางปฏิบัติ. มกราคม 2552
3. Akhtar W, Reeves WC, and Movahed A. Indications for Anticoagulation in Atrial Fibrillation. AAFP July,1997-98.
4. สมาคมอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia), ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2546. [cited 2009 Mar 12]; Available from: URL:http://www.rcpt.org/rcpt_boffice/images_upload/news/115/files/soneuroclinic.pdf
5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.พิมพ์ครั้งที่ 1: กรกฎาคม 2548.



ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบคนไข้เป็นศูนย์กลาง

พญ. อรรพรรณ ตะเวทิพงศ์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชบุรี

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพศหญิง อายุ 60 ปี รักษาตัวที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี เป็นเวลา 2 ปี แต่ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดยังสูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาโดยตลอด มีข้อมูลว่าผู้ป่วยไม่ค่อยมาตามนัด และมักไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จึงได้รับการส่งต่อมารักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้แนวคิดการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine) ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 2 ปี ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ตรวจไม่พบอาการข้างเคียงจากตัวโรค ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อโรค ต่อตนเอง และต่อทีมผู้รักษาดีขึ้น รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ก็ดีขึ้นไปด้วย

Abstract

A case report of 60 years old single woman diagnosed with hypertension and Diabetes Mellitus type II, she was treated as an ambulatory patient at outpatient department of Ratchaburi Hospital for 2 years. Her blood pressure and fasting blood sugar were not under controlled since her first diagnosis. She was referred to a primary care unit (PCU) which responsible for patients in Na-Muaeng district where she lives. A family physician and team provided patient-centered care and home visit to this patient in order to maintain quality of life to this particular patient. Two years later, the patient health condition has been improved with controlled blood pressure and fasting blood sugar. No target organ damaged found. Moreover, she has have better understanding about her diseases, her own health, and the health care team. Patient-doctor relationship is well established as well.

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการอย่างหนึ่ง แต่กลับได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นเพิ่มเติม มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความก้าวหน้าด้านการตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการ และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยทำได้ละเอียดมากขึ้น การตรวจพบโรคอื่นๆ น่าจะเป็นเรื่องดีที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น ผลการรักษาในระยะยาวก็น่าจะดีขึ้น แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแบบ “บังเอิญ” เช่นนี้ ส่วนหนึ่งมีผลการรักษาไม่ดี หลายคนกลายเป็นผู้ป่วยที่ถูกตีตราว่า poor compliance ไปจนถึง non-compliance คือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ค่อยมาตามนัด รับประทานยาไม่ครบ หรือไม่มีที่ทำว่าจะควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ และดูเหมือนจะไม่สนใจผลการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่ตรวจพบโรคโดยบังเอิญจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับการรักษา หรือมีความจำเป็นในการดำรงชีวิตด้านอื่นๆ มักกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยยุ่งยาก ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา ผลการรักษาไม่ติดตามมาตรฐานสากล และอาจจะเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยในระยะยาว

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี สถานภาพโสด ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

7 ปีก่อน (พ.ศ. 2545) ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล พบว่า ความดันโลหิตสูง (BP-200/104 mmHg) ได้รับยากลับไปรับประทาน (Atenolol (50 mg) 1X1 o pc) และนัดให้มาตรวจติดตามภายใน 2 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด

ผู้ป่วยคนนี้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอยู่เรื่อยๆ ด้วยอาการอื่นๆ ทุกครั้งจะพบว่าความดันโลหิตสูง แต่ไม่เคยมาพบแพทย์ตามนัด

4 ปีก่อน ผู้ป่วยหกล้ม แล้วมีอาการชาบริเวณซีกขวาของร่างกาย เมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาลพบว่า มี Spinal Cord

Compression ระดับ C3-C4 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (ไม่ทราบรายละเอียดว่าผ่าตัดอะไรไปบ้าง คั่นประวัติไม่เจอ) และนอนรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 20 วัน หลังผ่าตัดอาการชาดีขึ้นบ้าง เดินได้ แต่ยังปวดและขาบริเวณชีกขา ทำให้เดินไม่ถนัด ต้องใช้ Walker และทำกายภาพบำบัด แต่เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยไม่ได้ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง และไม่ได้รับยาเองตามการนัดตรวจติดตามกับแผนกศัลยกรรมประสาท และ lost follow up ไปในที่สุด

3 ปีก่อน ผู้ป่วยมาขอใบรับรองความพิการ เนื่องจากต้องการนำไปใช้ประกอบการยื่นขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ จึงได้รับการตรวจอีกครั้งพบว่า BP-201/111 mmHg. จึงได้รับยาลดความดันโลหิตสูงไปอีกครั้ง พร้อมกับส่งปรึกษา PM&R เพื่อออกใบรับรองความพิการให้ และสอนเรื่องการฟื้นฟู เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแขนซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย แต่สามารถเดินสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้า เมื่อครบวันนัดตรวจอีกครั้ง ผู้ป่วยก็ไม่มาตามนัดอีกเช่นเดิม

2 ปีก่อน ผู้ป่วยเป็นแผลอักเสบที่เท้าซ้ายมาประมาณ 1 สัปดาห์ ลักษณะเป็นแผลเนื้องาย ไม่มีอาการปวด จึงส่งพบศัลยแพทย์ วินิจฉัยเป็น Infected Wound Lt lower leg with necrotizing fasciitis และต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อทำ debridement และให้ยาปฏิชีวนะ จากการตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูง 349 mg/dL และ HbA1C 15.3 จึงได้รับ Humulin 70/30 สำหรับฉีดเข้า 20 u และ เย็น 15 u ร่วมกับยาลดความดัน Enalapril (20 mg) 1X1 pc จนกระทั่งแผลหายดี และกลับไปบ้านไปพร้อมยาฉีดดังกล่าว

ในระยะแรกที่เริ่มยาลดน้ำตาล หลานสาวที่เป็นพยาบาลมาช่วยฉีดยาให้ทั้งช่วงเช้าและเย็น โดยฉีดยาจำนวน 20 u ตอนเช้า และ 15 u ตอนเย็น แต่ในวันที่หลานสาวไม่มา ผู้ป่วยรายนี้จะไม่ฉีดยา เนื่องจากไม่ยอมฉีดด้วยตนเอง

แพทย์นัดให้ผู้ป่วยมารับยาประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน โดยที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเองไม่สะดวก เนื่องจากมีอาการขาชีกขาและอ่อนแรงที่ชีกซ้าย ถึงจะเดินได้โดยใช้ Walker ก็ตาม แต่ก็ขึ้นลงรถไม่สะดวก ประกอบกับผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วน น้ำหนักตัวถึง 90 กิโลกรัม (ส่วนสูง 143.9 เซนติเมตร) จึงยังไม่สะดวกเวลาเดินทาง ญาติที่อยู่ด้วยก็ไม่ค่อยพาไปโรงพยาบาล เนื่องจากต้องทำงานประจำ ในที่สุดผู้ป่วยก็ lost follow up ไปอีกครั้ง จึงมีการส่งเรื่องติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหน้าเมือง เมื่อเดือน

มีนาคม 2550 ประกอบกับในบ้านหลังนี้มีผู้ป่วยที่เป็นคนไข้ประจำของศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่แล้ว ในการเยี่ยมบ้านจึงทำที่เหมือนไปเยี่ยมผู้ป่วยคนอื่น แต่วัตถุประสงค์หลักเพื่อไปประเมินผู้ป่วยรายนี้

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 7 คน ตนเองเป็นคนที่ 2 ปัจจุบันมีพี่น้องที่มีชีวิตอยู่ 3 คน ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน ไม่มีบุตร

บิดาของผู้ป่วยแยกไปมีครอบครัวใหม่ ปัจจุบันแข็งแรงดี แต่ไม่ค่อยได้พบกัน

มารดาเสียชีวิตตอนอายุ 50 ปี หลังจากดมยาสลบเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์แล้วไม่ฟื้น ผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มเติมว่า แพทย์ผู้ให้การรักษาอาจมั่วรับผิดว่า เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ใจเอาความอะไร

พี่ชายคนโตเสียชีวิตจากการถูกไฟฟ้าช็อต ผู้ป่วยจึงต้องช่วยอุปการะหลานชายคนโตตั้งแต่เด็ก ผู้ป่วยรักและภูมิใจหลานคนนี้มาก

น้องชายคนที่หกติดสุรา มีอาการปวดท้องเป็นประจำ ไปพบแพทย์แล้วได้ยาแก้ปวดกลับมา และเสียชีวิตหลังจากกลับจากโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ของพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่และรักใคร่กันดี ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ น้องชายคนที่ห้าเป็นโรคเบาหวาน

ผลการตรวจร่างกาย (เดือนมีนาคม 2550)

Vital signs: T-ไม่ได้ตรวจ, Pulse 84/min, RR 20/ min, BP-179/106 mmHg

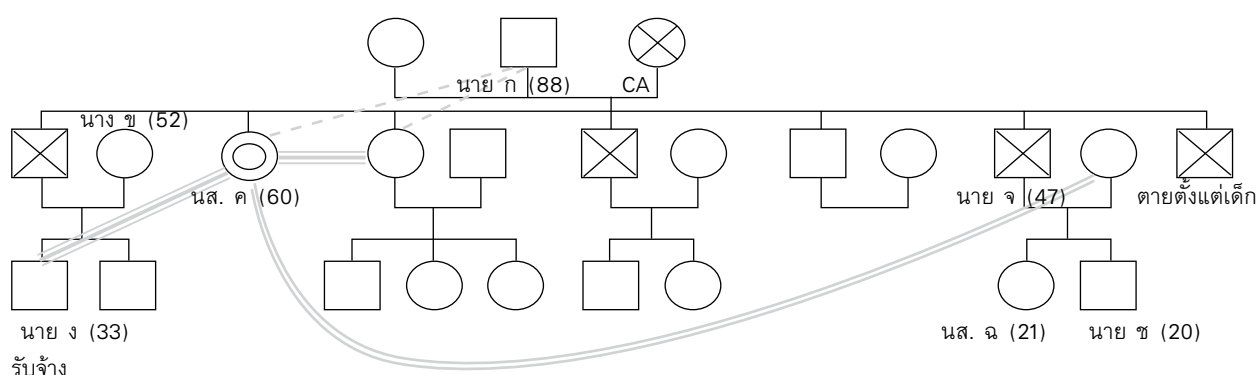
General appearance: a Thai elderly female, well appearing, obese (BMI-39), alert and cooperative, no anemia, no jaundice, no cyanosis, no dyspnea, no edema

Nervous system:

Motor-normal muscle tone, motor power grade IV/V at left upper extremity

Sensory-decrease pain sensation at tip of fingers of both hands and both feet

แผนภูมิครอบครัว



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BUN-7 mg/dL	Creatinine-0.6 mg/dL
FBS-134 mg/dL	HbA1C-9.2 mg/dL

การวินิจฉัยโรค

1. DM with Hypertension patient with poor compliance

2. C Spine Compression s/p surgery

โรงพยาบาลราชบุรีส่งตัวผู้ป่วยรายนี้มาเพื่อการรักษา ต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ซึ่งเป็นศูนย์ฯ ที่รับผิดชอบผู้ป่วย ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาที่โรงพยาบาลเท่าที่ควร

เมื่อมารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในระยะ 1 ปีแรก ผู้ป่วยรายนี้ก็ไม่ได้สนใจการรักษาเหมือนเดิม มาตามนัดบ้าง ไม่มาบ้าง แต่เมื่อส่งทีมไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยยอมให้ตรวจ แต่ยังคงขาดนัดอยู่เรื่อยๆ เมื่อซักถามเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กลับตอบได้ทุกอย่าง เพราะมีผู้ให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยมานานตั้งแต่รักษาที่โรงพยาบาล

เมื่อเข้าสู่ปีที่ 2 ของการรักษาที่ศูนย์ฯ ผู้ป่วยไม่มีทำที่ว่าจะร่วมมือในการรักษาเท่าไร ทางทีมจึงดูประวัติเก่าอีกครั้ง พบผลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเป็นดังนี้

	FBS	HbA1C	Blood Pressure
มีนาคม 50	134	9.2	179/106
กรกฎาคม 50	137		194/100
ตุลาคม 50	227	8.5	188/111
ธันวาคม 50	232	(ไปตรวจที่บ้านตอนเช้า เพราะผู้ป่วยไม่มาตามนัด)	167/94

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลขึ้นสูงในช่วงเดือน ตุลาคม 2550-ธันวาคม 2550 และไม่มาตามนัดอีกในเดือน มกราคม 2551 จึงส่งทีมไปเยี่ยมบ้านอีกครั้ง โดยครั้งนี้ตั้งเป้าหมายว่า จะทำความเข้าใจผู้ป่วยให้มากขึ้น ปรับวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยไม่พยายามสอนเรื่องสุศึกษาหรือสั่งการรักษาใดๆ เพิ่มอีก

ประวัติเพิ่มเติมจากทีมเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยปลุกบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกับญาติพี่น้องคนอื่นๆ ทั้งหมด 11 คน แต่ไม่ได้อยู่ในบ้านเดียวกัน ตัวบ้านของผู้ป่วยแยกออกมาอยู่ต่างหาก มีหลานมาดูแลตอนช่วงเช้าและเย็น โดยนำอาหารมาให้และช่วยดูแลความสะอาดในบ้านบ้าง

ผู้ป่วยมีนิสัยขี้มั่วแถม ดื้อรับเจ้าหน้าที่อย่างเต็มใจและยินดีที่จะให้ประวัติ โดยผู้ป่วยเองมีความทรงจำแม่นยำ สามารถลำดับเหตุการณ์ได้ถูกต้องชัดเจน

ระหว่างพูดคุยเพื่อเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการอึดอัดเมื่อพูดถึงเรื่องการใช้จ่าย เรื่องโรค และเรื่องการดูแลตนเอง แม้ไม่ได้มีการพูดถึงเรื่องที่ไม่ค่อยไปตามนัด หรือไม่ค่อยรับประทานยาต่อเนื่อง จึงชวนคุยเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไป เรื่องชีวิตประจำวันอยู่สักพัก จึงกลับมาที่เรื่องของผู้ป่วย

จนกระทั่งสอบถามผู้ป่วยว่า “ตอนนี้บารู้สึกยังงัยกับโรคที่เป็นอยู่”

ผู้ป่วยตอบว่า “บารู้สึกว่าตัวเองป่วย” ทุกครั้งที่ไปโรงพยาบาล หมอให้ยา แต่บารู้สึกไม่สบายใจไปรับยาต่อเนื่องเพราะไม่มีอาการอะไร พอหายจากอาการปวดศีรษะก็ไม่ได้คิดอะไรมาก จนกระทั่งมาหกล้มและมีอาการปวดขาบริเวณซีกขวา และต้องผ่าตัด รู้สึกเป็นทุกข์กับอาการปวดและขา เพราะทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ดีเหมือนเดิม และยังคงมาฉีดยาเบาหวาน (Insulin) ทั้งที่ “บารู้สึกคนกลัวเข็มมาก ถ้าหลานสาวไม่ฉีดยาให้ก็จะไม่อยากฉีดยา ทำยังงัยก็ได้ ไม่ต้องฉีดยาได้ไหมหมอ”

ทางทีมจึงถามต่อว่า “เพราะอย่างนี้เลยไม่ค่อยยอมไปรักษาตามนัดหรือเปล่า”

ผู้ป่วยตอบว่า “ก็ไปทีไรโดนต่อว่าเรื่องที่ไม่ยอมฉีดยา ทั้งที่บารู้สึกความจริงว่าไม่อยากฉีดยาเลย และก็ไม่ได้คิดตามที่หมอสั่ง แต่หมอก็ยังบังคับให้ฉีดยาและสั่งยากลับมาทุกครั้ง บารู้สึกจำเป็นต้องไปฉีดยา โดยเฉพาะช่วงหลังๆ เนี่ย บารู้สึกกลัวเข็มเข้ากินเองไม่ได้ จึงใช้วิธีอดอาหารมื้อเช้า เคยลองฉีดยาแล้วมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลม จะปรับยาเองก็ไม่กล้า จึงใช้วิธีไม่ฉีดยาเลยดีกว่า เวลาหมอสั่งยาให้มา ก็เอาเก็บไว้อย่างนั้นแหละ ทั้งที่ใจจริงไม่อยากรับยามาด้วยซ้ำ เพราะเสียดายที่ไม่ได้ใช้”

ทางทีมจึงถามว่า “ถ้าหยุดยาฉีดยา และสามารถดูแลเรื่องอาการปวดและขาได้ดีกว่านี้ จะยินดีไปตามนัดหรือเปล่า”

ผู้ป่วยตอบว่า “ไม่แน่ใจ เพราะจริงๆ บารู้สึกไม่มีอาการอะไร อยากไปรักษาเป็นเรื่องอาการปวดและขามากกว่า เพราะทำให้เดินไม่ถนัด ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้”

เมื่อถามว่า “ต้องการให้ช่วยอะไรมากที่สุด” ผู้ป่วยบอกว่า “อยากหายจากอาการขาและปวดที่เป็นอยู่”

ทางทีมจึงรับปากว่า จะประสานกับทางแพทย์ผู้รักษาเรื่องกระดูกสันหลังให้ว่า จะมีการรักษาอะไรเพิ่มเติมหรือไม่ ทั้งในส่วนเรื่องการฟื้นฟูและกายภาพบำบัดด้วย ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น



การประเมิน IN-HOME-SSS เฉพาะส่วนที่มีปัญหา

I-immobility ผู้ป่วยลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำเองไม่ได้ แต่ต้องมีคนคอยประคอง หรือมีเก้าอี้ช่วยพยุงตัว ทำงานบ้านเองไม่ได้ น้องสาวมาทำให้ทุกวัน ไม่ได้จ่ายตลาดหรือทำอาหารเอง มีคนมาจัดหาอาหารให้ทุกมื้อ ขึ้นลงบันไดเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยประคอง

N-Nutrition อาหารที่รับประทานน้องสาวเป็นผู้จัดเตรียมให้ ในบางครั้งก็ฝากเพื่อนบ้านซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากตลาด เมื่อเช้ามักดื่มกาแฟเท่านั้น ชอบกินขนมหวานแต่ตอนหนึ่งดึกแล้ว ชอบกินแก้วมังกร กินวันละหนึ่งลูก

H-Housing ต้องขึ้นลงบันไดบ้านหลายชั้น ซึ่งไม่มีราวเกาะ

O-Other people ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเพียงคนเดียว ไม่ได้มีความกลัวหรือกังวลอะไร ทุกวันมีน้องสาวและหลานชายมาดูแล โดยผู้ป่วยรักและสนิทสนมกับสองคนนี้มาก ทุกคนเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย

M-Medication ผู้ป่วยจัดยากินเอง ฉีด Insulin เข้าเย็น แต่บางวันผู้ป่วยฉีดเฉพาะตอนเย็นเท่านั้น วิธีการฉีดถูกต้องดี แต่ผู้ป่วยก็ฉีดบ้างไม่ฉีดบ้าง

E-Examination โดยทั่วไปปกติดี ยกเว้นแขนซ้าย Motor power grade IV/V และมี decrease pain sensation ที่แขนขวา

S-Safety ระดับพื้นบ้านแต่ละส่วนแตกต่างกัน ถ้าไม่ระวังเวลาเดินอาจสะดุดได้ และต้องใช้เก้าอี้ช่วยในการทรงตัว ทำให้เดินไม่ถนัดนัก อาจหกล้มหรือหงายได้

S-Spiritual มีหลานชายเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ เพราะตนเองเป็นคนเลี้ยงดูมาแต่เด็ก หลานชายเป็นเด็กดี ไม่เคยทำให้เดือดร้อนใจ ทุกวันนี้ถ้าไม่ทำงานก็มาพูดคุยเป็นเพื่อน และหาของมาฝากประจำ

S-Service ศูนย์สุขภาพชุมชนประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลราชบุรี

หลังจากเยี่ยมบ้านแล้ว เมื่อนำปัญหาที่ได้กลับมาแลกเปลี่ยนกับทีมแพทย์และพยาบาล สรุปปัญหาได้ดังนี้

สรุปปัญหาสุขภาพองค์รวม

1. C-Spine Compression s/p surgery with peripheral neuropathy and pain
2. Poor-compliance metabolic syndrome: โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนที่ไม่มาตามนัด
3. Risk of fall in elderly โดยอาจจะเกิดจากน้ำหนักและเข้าเสื่อม หรือเกิดจาก peripheral neuropathy จากโรคเบาหวาน และสภาพบ้านที่ต้องขึ้นลงบันได
4. Lack of care giver มีญาติอยู่ใกล้ แต่ทุกคนต้องทำงาน ผู้ป่วยจึงอยู่บ้านคนเดียวตลอดเวลา

การดูแลสุขภาพ

แบบองค์รวมชนิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. จะเห็นได้ว่า Chief concern ของผู้ป่วยรายนี้ ไม่ใช่เรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่กลับเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เท่าเดิม ทั้งที่เมื่อก่อนเคยเป็นคน active ออกไปไหนมาไหนได้เอง แต่หลังจากหกล้มทำให้ผู้ป่วยเกิด limitation of activity และไม่ได้มีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับโรคเบาหวานและความดันที่ควบคุมได้ไม่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายกับการฉีดยา จึงไม่ยอมมาพบแพทย์ตามนัด ไม่ยอมรักษา ทางทีมจึงจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใหม่ ด้วยการเน้นเรื่องที่จะให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ส่งทีมกายภาพบำบัดลงไปช่วยเหลือ และเพิ่มยากลุ่ม NSAIDs ให้ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมทั้งจัดหาไม้เท้าอันใหม่ที่ผู้ป่วยใช้งานได้นักกว่า Walker

2. ในส่วนเรื่องยาฉีด Insulin เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการฉีดยา และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมาตามนัด แต่จากการตรวจติดตามมาตลอดนั้น ผู้ป่วยซึ่งฉีดยาบ้างไม่ฉีดยาบ้างก็ไม่ได้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และผลการตรวจการทำงานของไตก็อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงทดลองปรับเปลี่ยนเป็นยากินให้ โดยมีเงื่อนไขว่า ผู้ป่วยต้องร่วมมือในการควบคุมอาหารด้วย โดยมีนักโภชนาการไปให้ความรู้เรื่องอาหาร และแนะนำหลานที่เป็นผู้ซื้อข้าวมาให้ผู้ป่วยได้เข้าใจด้วย และถ้าหากตรวจพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลง อาจจะต้องกลับไปฉีดยาอีกครั้ง ผู้ป่วยตกลงทำตามทีมแพทย์แนะนำ

หลังจากจัดการเรื่องอาการปวดให้ผู้ป่วยและจัดการเรื่องสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้นมาก มารับยาตามนัดโดยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาฉีด Insulin โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ต่อไป

	FBS	HbA1C	BP
ก.พ. 51	154		147/80
เม.ย. 51	165	7	146/95
มิ.ย. 51	171		133/92
ส.ค. 51	133		126/81
ต.ค. 51	135		132/84
พ.ย. 51	107		117/79
ก.พ. 52	122	6.5	133/94

นอกจากควบคุมเรื่องเบาหวานได้แล้ว จะเห็นว่าความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ดีขึ้น น้ำหนักที่เคยหนักถึง 90 kg ปัจจุบันลดลงเหลือเพียง 65 kg และไม่มีอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลมอีก

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมาตรวจจอประสาทตาตามโครงการตรวจจอประสาทตาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัด ผลการตรวจไม่พบ Diabetic Retinopathy

ในส่วนการตรวจหา Target organ damage อื่นๆ ในเวลานี้ได้วางแผนว่า จะตรวจ urine micro albumin เมื่อนัดครั้งต่อไป และต้องประเมินอาการปวดและอาการชาของผู้ป่วยเพิ่มเติม

3. เรื่องความเสี่ยงต่อการล้ม มีการปรับเปลี่ยนหาไม้เท้าให้ผู้ป่วยชนิดปรับระดับได้ และแนะนำเรื่องแสงสว่างในบ้าน การทำพื้นบ้านให้เสมอกัน และการทำราวบันไดเพิ่มเติม นอกจากนี้ เรื่องเท้าชาก็ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติม เพราะเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้เช่นกัน

4. เรื่องผู้ดูแลที่ยังไม่พร้อมเต็มที่ แต่ก็นับว่ามีญาติที่รักและใส่ใจสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ถึงสองคน ซึ่งเป็นญาติที่สนิทและผู้ป่วยไว้ใจ ในเวลานี้น่าจะมุ่งประเด็นไปที่การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะถึงอย่างไรญาติก็คงไม่มีเวลามาดูแลมากกว่านี้ ที่สำคัญผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหาเรื่องการเดินหรือการมองเห็นจนกระทั่งดูแลตนเองไม่ได้

สรุป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละรายแม้จะเป็นโรคเดียวกัน แต่การรักษาอาจแตกต่างกันในรายละเอียด ทั้งนี้ขึ้นกับความตระหนักในเรื่องโรคของผู้ป่วย และการให้ความสำคัญต่ออาการของโรค

ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้มีความตระหนักถึงโรคที่เป็นเนื่องจากมาตรวจพบโดยบังเอิญทั้งสองโรค และมีท่าทีเหมือนไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ในความเป็นจริงแล้วการสื่อสารที่ผิดพลาดตั้งแต่ต้น โดยไม่ได้ตั้งใจรับฟังความ “เจ็บป่วย” ที่แท้จริง การขาดการประสานงานกันระหว่างทีมงาน และการตีตราว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กลับเป็นตัวการทำให้ผู้ป่วยยังไม่ร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น

ทุกวันนี้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่ไม่มีแพทย์ประจำตัว ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา แพทย์เจ้าของไข้แต่ละโรคจะให้การรักษาเป็นครั้งๆ ไป แต่ไม่ได้ประเมินภาพรวมของผู้ป่วย และไม่ได้ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะงานประจำมีมากมายอยู่แล้ว

ดังนั้น การใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine) ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคล จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเฉพาะตัว ไม่ใช่การรักษาแบบเหมาโหลเหมือนกันทุกราย ซึ่งอาจจะให้ผลดีในผู้ป่วยที่เตรียมตัวเตรียมใจเพื่อมาตรวจโรคและรับการรักษา แต่ใช้ไม่ได้กับผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคด้วยความบังเอิญซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ ■

บรรณานุกรม

McWhinny IR: **A Textbook of Family Medicine**. New York: Oxford University Press, 1989, p.7.

Kibbe DC, Bentz E, McLaunhlin CP: **Continuous quality improvement for continuity of care**. Journal of Family Medicine Practice. 36: 304-308, 2003.

สายพิน หัตถิรัตน์: **คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์**, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549.

เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ สู่... การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 2)

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

Primary Care Component Manager, Thai-European Health Care Reform Project

ผู้เชี่ยวชาญ สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในฉบับที่แล้วเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการและโครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ในฉบับนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดบริการและคุณภาพบริการ

1. บริการปฐมภูมิ (Primary care)

บริการปฐมภูมิในที่นี้หมายถึง บริการทั้งหมดที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ NHS (National Health Service-NHS) หรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

1.1 เวชปฏิบัติทั่วไป (GP Practices)

ประเทศอังกฤษมีประชากรประมาณ 50 ล้านคน มีบุคลากรที่ทำงานอยู่ใน GP Practices ในลักษณะของ เอกชน (มีฐานของการเป็นผู้ให้บริการและสถานบริการที่เป็นเอกชน) ที่เป็นผู้สัญญาบัตรรัฐ ในปี 2005 ประกอบด้วย

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners) 35,302 คน
- พยาบาล (Practice nurses) 22,904 คน
- บุคลากรอื่นๆ (Other practice staff) อีก 89,190 คน ประกอบด้วย practice managers, receptionists, IT support and notes summarizers, physiotherapists, podiatrists, counselors, phlebotomists and health care assistants

GP practices มีฐานของการเป็นคลินิกเอกชน เดิมแพทย์เท่านั้นเป็นผู้ทำสัญญากับรัฐและเป็นผู้จ้างบุคลากรต่างๆ รวมทั้งอาจเป็นผู้ลงทุนสร้างตัวอาคารที่ใช้เป็นสถานที่ให้บริการด้วยตนเอง แต่ในปัจจุบันการทำสัญญาเป็นไปในลักษณะเครือข่าย ในลักษณะของรัฐทำสัญญากับเครือข่ายของ แพทย์-พยาบาลและ Practice manager ทั้งนี้ในเครือข่ายนั้นอย่างน้อยต้องมีแพทย์ร่วมอยู่ด้วย

นอกจากนี้ รัฐบาลยังส่งเสริมให้ PCTs สร้างตัวอาคาร (Health centers) ที่มีขนาดเหมาะสม ในการทำห้บุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ มาอยู่ภายในตัวอาคารเดียวกัน เช่น GP practices (แพทย์, Practice nurses, และบุคลากรอื่นๆ) พยาบาลชุมชน (District nurses, Midwives, Health visitors) ทันตแพทย์ เกล็ดขกร X-ray เครื่องมือการตรวจทางหัวใจ เครื่องมือการตรวจทางตา เป็นต้น โดยเรียกตัวอาคารที่มีคุณสมบัติในลักษณะนี้ว่า One-stop health centres ซึ่งคาดว่าจะในปี 2008 นี้จะมีประมาณ 750 แห่ง

ยิ่งไปกว่านั้นรัฐบาลยังมีแผนที่จะให้ PCTs ทำสัญญากับภาคเอกชน (บริษัทเอกชน เช่น Tesco, Boots ซึ่งมีที่ยื่นประมูลเข้ามาแล้ว) ในลักษณะที่ต้องการเพิ่มการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการปฐมภูมิด้วยกัน โดยคาดหวังให้ภาคเอกชนนี้เข้ามาช่วยบริหารผู้ให้บริการปฐมภูมิทั้งหมด ครอบคลุมประชากรประมาณ 2-3 หมื่นคน (หวังเพิ่มประสิทธิภาพ) โดยเรียกสัญญาของรัฐในลักษณะนี้ว่า Practice-Based-Commissioning แต่การทำให้มีสัญญาแบบใหม่นี้ ยังคงมีกระแสของการต่อต้านจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องจากเกรงว่าจะบั่นทอนความสัมพันธ์ที่มีพัฒนาการมา ยาวนานระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป กับผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปที่อยู่ในชุมชน

บริการที่ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่เป็นกรณีฉุกเฉิน (ไม่ฉุกเฉิน) จะพบแพทย์ไม่เกิน 48 ชั่วโมง และพยาบาลเวชปฏิบัติไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังจากที่มีการนัด โดยในช่วง 8.30-11.30 และ

15.00-18.00 เป็นการให้บริการในสถานบริการ ในช่วงเวลา 11.30-15.00 เป็นการเยี่ยมบ้านหรือให้บริการที่บ้าน และในช่วง 18.00-08.30 เป็นการให้บริการนอกเวลา (Out of Hour)

การให้บริการนอกเวลา (Out of Hour: OOH)

การให้บริการนอกเวลา ในช่วงเวลา 18.00 น. ถึง 08.30 ของวันถัดไป ผู้รับบริการหรือญาติสามารถเจรจา เพื่อขอให้แพทย์ไปให้บริการที่บ้านตามความจำเป็น ซึ่ง NHS เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามพื้นที่ของแต่ละ Practice แพทย์ที่อยู่ใน Practice เดียวกันจะหมุนเวียนเพื่อสลับกันอยู่เวร ถ้า Practice ใดมีแพทย์คนเดียว แพทย์คนนั้นต้องอยู่เวรทุกวัน

ต่อมาได้มีการจัดระบบการรับจ้างอยู่เวร ซึ่งมีพัฒนาการจนกระทั่งมีการรวมตัวกันอย่างเป็นทางการ ผู้ที่เป็นผู้รับจ้างอยู่เวรส่วนใหญ่มี 2 ลักษณะคือ 1) เป็น GPs ทำงาน Part-time; และ 2) ที่ยังเป็น Trainees อยู่ (จบแพทย์แล้วแต่กำลังเรียนเพื่อเป็น GP) หรือเป็น GP ที่จบแล้วแต่ยังไม่ได้รับขึ้นทะเบียนประชาชนอย่างเป็นทางการ ถึงแม้ในระบบนี้ NHS ให้การยอมรับ แต่ความรับผิดชอบยังคงเป็นของ GP ที่รับขึ้นทะเบียนกับประชาชนอย่างเป็นทางการ โดยจ่ายค่าบริการให้กับผู้รับจ้างอยู่เวรตามภาระงาน การรวมตัวกันเพื่อจัดบริการนอกเวลาอย่างเป็นทางการนี้เรียกว่า GP-OOH Co-Operatives

GP-OOH Co-Operatives มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ และบริหารจัดการเองทั้งหมดโดยไม่มุ่งหวังผลกำไร ค่าบริการถูกกว่าจ้างแพทย์เอกชนทั่วไป เน้นการทำตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบและควบคุมกันเองอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตามมีประชาชนบางส่วนยังคงต้องการพบแพทย์ GP ของตนเอง แม้แต่ในช่วงนอกเวลา ทั้งนี้ส่วนใหญ่ยอมรับการให้บริการนอกเวลาว่าไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่ตนเองขึ้นทะเบียนด้วย

1.2 ศูนย์การให้บริการที่ไม่ต้องมีการนัดหมายล่วงหน้า (NHS Walk-in Centres)

Walk-in Centre เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 1999 ลักษณะเด่นคือไม่จำเป็นต้องมีการนัดหมาย สามารถเดินเข้ามาใช้บริการได้เลย ส่งผลให้ผู้ป่วยสะดวกและเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ปัจจุบันทั่วประเทศต้องกักตุนอยู่ 89 แห่ง ส่วนใหญ่ให้บริการโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ มี 7 แห่งที่มี GP อยู่ในทีมงาน เปิดให้บริการตั้งแต่เช้าถึงเย็น เป็นการให้บริการทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค หลังการรับบริการ ข้อมูลของการให้บริการทั้งหมดจะถูกส่งไปยัง GP ที่ผู้รับบริการขึ้นทะเบียนอยู่

1.3 การให้บริการทางโทรศัพท์ และ Interactive Websites โดยไม่ผ่าน GP (NHS direct)

การให้บริการทางโทรศัพท์เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการให้บริการโดยพยาบาล มีการลงทะเบียน สอบถามอาการ ชักประวัติ และให้คำแนะนำ ในกรณีที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์จะขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ และลง Record ไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้นแพทย์ที่อยู่เวรหรือแพทย์ผู้รับผิดชอบจะดึงข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ออกมาดู และโทรกลับไปหาผู้รับบริการ เมื่อให้คำแนะนำแล้วทั้งโดยแพทย์หรือพยาบาล จะส่งข้อมูลกลับไปหา GP ที่

เป็นแพทย์ประจำของผู้รับบริการ ถ้ามีอาการหนักจะโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน ในบางรายเมื่อพูดคุยแล้วจำเป็นต้องการดูอาการ จะขอให้ผู้รับบริการมาหาที่ Walk-in Centre หรือบางรายต้องมีการจ่ายยาแพทย์จะเขียนใบสั่งยาฝากไว้ให้กับพยาบาล หรือฝากไว้ที่แผนกต้อนรับ ในกรณีที่มีการนัดจะนัดให้ไปพบ GP เพื่อติดตามผู้รับบริการรายนั้นต่อไป อาการ 10 อันดับแรกที่มาใช้บริการทางโทรศัพท์ประกอบด้วย ไข้ ปวดท้อง อาเจียน เป็นผื่น ไอ ท้องเสีย ปวดหัว เป็นหวัด ปวดฟัน และเจ็บหน้าอก

สำหรับ Website NHS ได้เปิด Interactive Website เพื่อให้ประชาชนเข้าไปใช้บริการได้ที่ www.nhsdirect.nhs.uk ซึ่งมีบริการสำคัญที่อยู่ใน Website ดังนี้

- แนวทางการดูแลตนเองสำหรับปัญหาที่พบบ่อยที่บ้าน
- แนวทางการค้นพบปัญหาโดยดูจากอาการ
- ศูนย์รวมความรู้ด้านสุขภาพมีการรวบรวมไว้มากกว่า 400 เรื่อง
- การตอบคำถามที่มีการถามเข้ามา โดยตอบเป็นรายคำถามของแต่ละบุคคล
- ระบบการค้นหาข้อมูลของ โรงพยาบาล การให้บริการในชุมชน GP-practices ทันตแพทย์ การให้บริการตรวจตา และร้านยา

1.4 บริการในชุมชน (Community services)

ผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน ในที่นี้เน้นในส่วนที่เดิมเป็นข้าราชการ ซึ่งมีมาตั้งแต่ก่อนมี NHS ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ให้บริการที่หลากหลาย และรับเงินเดือนจาก PCTs ประกอบด้วย

Community หรือ District nurses คือพยาบาลวิชาชีพ (Registered nurses: เรียน 3 ปี) ที่ต้องเรียนต่ออีกประมาณปีครึ่ง อาจมีพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ช่วย ให้การดูแลด้านการพยาบาล (Nursing care) แก่ผู้รับบริการตามบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการดูแลร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปส่งมาให้ช่วยดูแล) ประมาณหนึ่งในสี่เป็นการส่งต่อมาจากโรงพยาบาล (ดูแลต่อจากโรงพยาบาลร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) และอีกประมาณหนึ่งในสี่เป็นการให้บริการที่เกิดจากเรียกร้องจากผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง

Community matrons คือพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์ของการให้บริการมายาวนาน สามารถใช้เทคนิคด้านการบริหารจัดการและการพยาบาล ในการทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการที่บ้านได้มากขึ้น

Health visitors คือพยาบาลวิชาชีพหรือผดุงครรภ์ที่เรียนเพิ่มทางด้าน Child health, Health promotion, และ Education อีกประมาณ 1.5-2 ปี มีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่บ้านหลังคลอดจนกระทั่งเด็กอายุ 5 ปี โดยใช้หลักการของ Child-centred และ Family focus approach เป็นหลัก

Midwives คือผดุงครรภ์มีหน้าดูแลหญิงมีครรภ์ในช่วงระยะก่อนคลอดทั้งที่บ้าน และสถานบริการที่อยู่ในชุมชน เป็นผู้ทำคลอดที่โรงพยาบาล ในกรณีที่เป็นการคลอดปกติ (Normal labour)

Specialist nurses คือพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการในชุมชนที่พบบ่อยจะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การให้อาหาร (Stoma care) การควบคุมการปัสสาวะและการขับถ่าย (Continence services) และดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) ซึ่งต้องการการดูแลในระยะยาว

นักสังคมสงเคราะห์ (Social workers) คือ ผู้ที่มี หน้าที่หลักในการดูแล ผู้พิการ ผู้ปัญหาเรื่องบ้าน ผู้มีปัญหาด้านการเงิน เด็กเกเร เด็กหนีโรงเรียน รวมไปถึง Unwanted pregnancies ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ

สำหรับบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่มีในชุมชน ที่นอกเหนือไปจากที่กล่าวแล้วข้างต้น (แต่มีการเชื่อมโยงกัน) ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ NHS ที่สำคัญประกอบด้วย

School nursing (การพยาบาลหรืออนามัยโรงเรียน) ให้บริการโดย Health visitors และบุคลากรด้านทันตอนามัย (Community dentistry and dental public health)

Podiatry (การดูแลเท้า) ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากบริการที่มีอยู่แล้วในภาครัฐ ยังมีการทำสัญญากับผู้ให้บริการที่อยู่ในภาคเอกชน ในลักษณะเป็น Independent contractors ให้เข้ามาช่วยให้บริการใน NHS ด้วย

Occupational therapy (การให้การดูแลความผิดปกติที่เกิดจากอาชีพ) ส่วนใหญ่เกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นกับ NHS

Speech and language therapy (การให้การดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางการพูดและการใช้ภาษา) เป็นการให้บริการทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาในเรื่องของ การสื่อสาร การดื่มหรือการกลืน

Community rehabilitation (การให้บริการด้านกายภาพบำบัดในชุมชน) ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตและผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งนี้การให้บริการส่วนใหญ่เป็นการผสมผสานทั้งการให้บริการที่บ้านและในชุมชน

1.5 บริการทันตกรรม (Dental services)

การให้บริการด้านทันตกรรม ถือว่าล่าช้าเมื่อเทียบกับการให้บริการอื่นๆ ที่อยู่ใน NHS ด้วยกัน ประชาชนจำนวนมากยังคงต้องไปใช้บริการทันตกรรมกับทันตแพทย์ที่อยู่ในภาคเอกชน และมีคลินิกทันตกรรมจำนวนมาก ที่ให้บริการทั้งในลักษณะเป็นคลินิกส่วนตัวโดยรับเงินโดยตรงจากผู้รับบริการบางส่วน พร้อมกับให้บริการภายใต้หรือรับค่าตอบแทนผ่าน NHS อีกบางส่วน ทำให้ยังมีปัญหาในลักษณะคนจนยังเข้าไม่ถึงบริการ

การมารับบริการด้านทันตกรรมของประชาชน ประมาณ 2 ใน 3 มารับบริการก็ต่อเมื่อมีปัญหาแล้ว การให้บริการด้านส่งเสริมและป้องกันยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีจำนวนทันตแพทย์ที่ทำงานในระดับบริการปฐมภูมิมากขึ้น (ในปี 2005 มี Primary care dentists จำนวน 20,890 คน) โดยมีความพยายามที่ขยายกรอบการให้บริการด้วยการระบุในสัญญาทำระหว่าง NHS (ผ่าน PCT) กับทันตแพทย์ และทีมงานที่ให้บริการด้านทันตกรรมด้วยกัน ให้บริการนั้นครอบคลุมการให้บริการทั้งด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพฟัน ตลอดจนมีเวลาให้กับผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

1.6 บริการเภสัชกรรมชุมชน (Community Pharmacy)

เภสัชกรรมหรือร้านยาชุมชนนั้น ต้องมีเภสัชกรชุมชนเป็นหลักในฐานะคู่สัญญากับ NHS อาจแบ่งบริการได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

- บริการตามความจำเป็น (Essential services) ซึ่งเป็นการให้บริการโดยเภสัชกรชุมชนมานาน ประกอบด้วย การจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์ การขายยาตามกรอบภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย และการสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน ทั้งนี้รวมถึงการให้บริการที่เป็นการจ่ายยาเดิม (Repeat-prescribing) ได้ถึง 1 ปี โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ในการขอใบสั่งยาเพื่อมารับยา
- บริการก้าวหน้า (Advance or enhance services) เป็นบริการอยู่ในร้านยาที่ตัวอาคารและลักษณะของการให้บริการผ่านการตรวจสอบ พร้อมกับมีเภสัชกรชุมชนที่ผ่านการรับรอง (Accreditation) มาแล้ว ซึ่งมีบริการเพิ่มจากบริการตามความจำเป็น เช่น สามารถให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (Minor ailment schemes) บริการเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ (Smoking-cessation) เป็นต้น รายละเอียดของคำตอบแทนและการดำเนินการขึ้นอยู่กับข้อตกลงที่อยู่ในสัญญาที่ทำกับ PCT

ในปัจจุบันภายใต้การดูแลของ NHS มีจำนวนและการกระจายของร้านยาชุมชน จนทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 นาที ทั้งนี้ร้านยาชุมชนบางแห่งอยู่ภายในตัวอาคารเดียวกับสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิอื่นๆ รวมไปถึงทันตแพทย์

1.7 บริการตรวจตาและวัดสายตา (Optical services)

บุคคลากรที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการทางตาและเป็นผู้สัญญากับ PCT เรียกว่า Registered Opticians (คนตรวจและดูแลตา) ที่ให้บริการอยู่ในชุมชนมี 2 ชนิด

- Optometrists-or ophthalmic opticians (นักตรวจวัดสายตาและดูแลตา) จะต้องผ่านการเรียน 3-4 ปี ด้านการวัดสายตา (Optometry) พร้อมกับมีประสบการณ์ในทางปฏิบัติภายใต้การนิเทศงานอีก 1 ปี และสอบเพื่อเป็นสมาชิกของ General Optical Council จึงจะประกอบอาชีพเป็น Optometrist ได้ ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจวัดสายตาเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้แว่นและ Contact lens พร้อมกับสามารถตรวจหาอาการ (Signs) ที่บ่งบอกถึงการโรคทางตาโดยทำงานร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทางทางตา (Ophthalmologists) ซึ่งให้บริการอยู่ที่โรงพยาบาลได้
- Dispensing opticians (ผู้ประกอบแว่น) คือผู้ประกอบและขายแว่น หลังจากที่ได้รับ การตรวจมาจาก Optometrist แล้ว ไม่สามารถตรวจตาได้ บางคนสามารถให้บริการการใช้ Contact lens ได้ ภายใต้การดูแลของ Optometrists

หมายเหตุ มีแพทย์บางคนที่มีความชำนาญด้านการวัดและการดูแลตา และเป็นสมาชิกของ General Optical Council จะเรียกว่า Ophthalmic medical practitioners ซึ่งจะให้บริการในลักษณะเดียวกับ Optometrists

2 บริการทุติยภูมิ (Secondary care)

2.1 NHS Trusts

NHS Trusts ที่เป็นโครงสร้างหลักที่สร้างขึ้นมารองรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีความเป็นอิสระมากขึ้นมีอีกชื่อหนึ่งเรียกว่า Acute Trust เป็นโครงสร้างรองรับตั้งแต่มีนโยบาย Purchaser-provider split ในปี 1990 ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการพัฒนาการไหลทางการเงินใน NHS ขึ้นมาใหม่เรียกว่า Private Finance Initiative (PFI) โดยรัฐส่งเสริมให้สถาบันการเงินปล่อยกู้เพื่อการลงทุนให้กับสถานบริการที่อยู่ใน NHS โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาล (NHS Trusts) โดยตรง โดยให้มีการใช้หนี้คืนให้กับสถาบันการเงินด้วยการผ่อนส่งในระยะยาว เพื่อส่งเสริมความอิสระทางการเงินการลงทุนให้กับสถานบริการมากขึ้น

ปัจจุบันรายได้หลักของ NHS Trust มาจากการให้บริการด้วยการรับเงินผ่านการทำข้อตกลงกับ PCT และ Practice-based-commissioners รัฐบาลมีเป้าหมายให้ NHS Trusts ทั้งหมดกลายเป็น Foundation Trusts (องค์กรอิสระ NHS) ในปี 2008 ทั้งนี้รัฐบาลมีนโยบายที่จะพัฒนาบริการ ที่เดิมเคยอยู่ที่โรงพยาบาลไปสู่การจัดบริการใกล้บ้านหรือในชุมชนมากขึ้น

Foundation Trusts

Foundation Trusts เป็นโครงสร้างใหม่ที่พัฒนาขึ้นมารองรับ โครงสร้างเดิมภายใน NHS ให้มีอิสระเต็มที่ (Full autonomy) โดยที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมในกรอบของ NHS โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร (Non-profit making organization) ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมบริหารระบบบริการในพื้นที่ โดยที่ Secretary of State for Health ไม่มีอำนาจสั่งการ และไม่มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการ (Board members) ซึ่งคณะกรรมการมี 2 ระดับคือ คณะกรรมการปกครอง (Board of Governor) ซึ่งมาจากการเลือกตั้งของสมาชิก (ประชาชนในพื้นที่) และกรรมการบริหาร (Board of Management) ซึ่งมีโครงสร้างในลักษณะเดียวกับคณะกรรมการบริหารของ Trust อื่นๆ โดยที่ Board of Governor จะไม่เข้าคู่ในรายละเอียด แต่จะเป็นผู้ให้นโยบายและกำหนดยุทธศาสตร์ โดยมี Independent regulator ซึ่งขึ้นตรงต่อรัฐสภา (House of Parliament) ออกใบอนุญาตให้ Foundation Trust ทำหน้าที่ได้ตามกฎหมาย โครงสร้างที่ได้รับการคาดหมายให้เป็น Foundation trusts ทั้งหมดคือ NHS trusts

2.2 Ambulance Trusts

การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินทั่วเกาะอังกฤษมีประมาณ 250,000 ครั้งต่อปี เดิมมี Ambulance Trusts ทั้งหมด 32 แห่ง ปัจจุบัน (ตั้งแต่ 2006) รวมตัวเชื่อมโยงกันเป็น 11 องค์กร การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินมีมาตรฐานการให้บริการดังนี้

- กรณีฉุกเฉินที่มีผลต่อชีวิต (Life threatening: Category A) รถพยาบาลจะไปถึงภายใน 8 นาที
- กรณีฉุกเฉินที่ไม่อันตรายถึงชีวิต (Non-life threatening: Category B) รถพยาบาลจะไปถึงในเขตเมืองภายใน 14 นาที ส่วนเขตชนบทภายใน 19 นาที
- กรณีที่เรียกโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รถจะไปถึงโรงพยาบาลภายใน 15 นาทีหลังจากได้รับการดูแลจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- การบริการเพื่อละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis: clot-busting drugs) บริการที่ไปกับรถพยาบาลจะไปถึงภายใน 60 นาที

ในปัจจุบันมี Emergency Care Practitioner ที่สามารถให้บริการกรณีฉุกเฉินได้ถึงที่เกิดเหตุ ทำให้ลดอัตราการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (A&E department) และลดจำนวนการใช้รถพยาบาล อีกทั้งยังช่วยให้บริการร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในช่วงนอกเวลาได้อีกด้วย

2.3 Mental Health Trusts

สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่รัฐบาลอังกฤษให้ความสำคัญ การให้บริการด้านสุขภาพจิตผสมผสานอยู่ในทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และบริการเชิงสังคม ทั้งนี้ PCTs มีหน้าที่หลักในการเป็นนายหน้าจัดหาบริการด้านสุขภาพจิตเหล่านี้มาให้บริการประชาชน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลอังกฤษได้แยกศูนย์การให้บริการด้านสุขภาพจิตออกมาต่างหากเรียกว่า Mental Health Trusts ซึ่งมีทั้งหมด 39 แห่ง ซึ่งมีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาล สนับสนุน และร่วมให้บริการกับทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน

3. คุณภาพบริการ

3.1 ธรรมาภิบาลทางคลินิก (Clinical governance)

กลไกคุณภาพปัจจุบันใช้หลักการ “ธรรมาภิบาลทางคลินิก (Clinical governance)” เป็นแนวทางสำคัญ ทั้งเพื่อกำหนดมาตรฐาน ประเมินคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้ควบคุมสถานบริการทั้งหมดทั้งที่รับเงินผ่านและไม่รับเงินผ่าน NHS โดยมีการตั้งหน่วยงานขึ้นมาใหม่เพื่อควบคุมดูแล และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ หน่วยงานนี้มีชื่อว่า Health Care Commission และมีทีมสนับสนุนให้เกิดกระบวนการ Clinical governance เรียกว่า Clinical governance support team

การนำแนวคิดเรื่อง Clinical governance มาใช้ ถือเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อเสียงสะท้อนของสาธารณะ ที่ตั้งคำถามมาอย่างต่อเนื่องถึงคุณภาพเชิงคลินิก (Clinical quality) หลังจากที่มีและทำการพัฒนา NHS มากกว่า 50 ปี ซึ่งดูเหมือนว่าคุณภาพเชิงคลินิกค่อยๆ ถูกบ่อนเซาะจนกระทั่งมีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสาธารณะ เหตุผลสำคัญที่เป็นประเด็นที่ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์มากที่สุดคือ การเกิดขึ้นของความรู้สึกที่ว่า เงินเป็นเรื่องเด่นที่มีการพูดถึงหรือให้ความสำคัญมากกว่าเรื่องใดๆ มาตลอด จึงจำเป็นที่ NHS ต้องสร้างสมดุลด้วยการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพบริการให้เห็นจนเป็นที่ประจักษ์

กิจกรรมสำคัญที่เป็นกลไกทำให้เกิด Clinical governance พัฒนขึ้นมาจากกระบวนการที่เป็นกลไกพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่มีอยู่แล้ว (ดังภาพ) เช่น การตรวจสอบเชิงคลินิก (Clinical audit), การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และผสมผสานกับกลไกอื่นๆ เช่น เสียงสะท้อนและการร้องเรียนจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Patient feedback and complaints) การตรวจสอบภายในองค์กร (Organisational audit) การนำตัวชี้วัดที่เป็นตัวอย่างของความสำเร็จของบางองค์กรมาใช้เปรียบเทียบระหว่างองค์กร (Benchmarking) เป็นต้น ถือเป็นการพัฒนากรอบคุณภาพเชิงกว้าง เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมพัฒนาและร่วมรับรู้ของบุคลากรหรือผู้ให้บริการที่อยู่ในระบบและประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ การกำหนดเป้าหมายโดยรัฐ การพัฒนาและกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ



ภาพแสดงองค์ประกอบของธรรมาภิบาลทางคลินิก (Clinical governance)

3.2 กรอบการเชื่อมผลลัพธ์ทางคุณภาพกับการจ่ายค่าตอบแทน (Quality Outcome Framework: QOF)

QOF คือโปรแกรมที่พยายามเชื่อมคุณภาพบริการทางคลินิก กับค่าตอบแทนของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (เวชปฏิบัติทั่วไป) เริ่มต้นแบบสมัครใจตั้งแต่ปี 2004 ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน มีคะแนนเต็ม 1,000 คะแนน โดยให้ค่าตอบแทนคะแนนละ 124.60 ปอนด์ มี 135 ตัวชี้วัดที่เป็นการวัดผลการปฏิบัติงานโดยตรง และอีก 1 ตัวชี้วัดเป็นการวัดผลรวมของบริการซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหมวด (Domains) ได้ดังนี้

- หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการทางคลินิก (Clinical domain) คิดเป็น 655 คะแนน
- หมวดที่เป็นการวัดจากการจัดการในองค์กร (Organizational domain) คิดเป็น 181 คะแนน
- หมวดที่เป็นการวัดจากประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Patient experience domain) คิดเป็น 108 คะแนน
- หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการเพิ่มเติม (Additional services domain) คิดเป็น 36 คะแนน

- หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการแบบองค์รวม (Holistic care domain) คิดเป็น 20 คะแนน

หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการทางคลินิกมี 80 ตัวชี้วัด จาก 19 clinical areas ในทางปฏิบัติมีโปรแกรมสำเร็จรูปที่ช่วยเตือนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้ปฏิบัติตามตัวชี้วัดดังกล่าวซึ่งประกอบไปด้วย

- Coronary heart disease (10 ตัวชี้วัด)
- Heart failure (3 ตัวชี้วัด)
- Stroke and transient ischaemic attack (8 ตัวชี้วัด)
- Hypertension (3 ตัวชี้วัด)
- Diabetes mellitus (16 ตัวชี้วัด)
- Chronic obstructive pulmonary disease (5 ตัวชี้วัด)
- Epilepsy (4 ตัวชี้วัด)
- Hypothyroidism (2 ตัวชี้วัด)
- Cancer (2 ตัวชี้วัด)
- Palliative care (2 ตัวชี้วัด)
- Mental Health (6 ตัวชี้วัด)
- Asthma (4 ตัวชี้วัด)
- Dementia (2 ตัวชี้วัด)
- Depression (2 ตัวชี้วัด)
- Chronic kidney disease (4 ตัวชี้วัด)
- Atrial fibrillation (3 ตัวชี้วัด)
- Obesity (1 ตัวชี้วัด)
- Learning disabilities (1 ตัวชี้วัด)
- Smoking (2 ตัวชี้วัด)

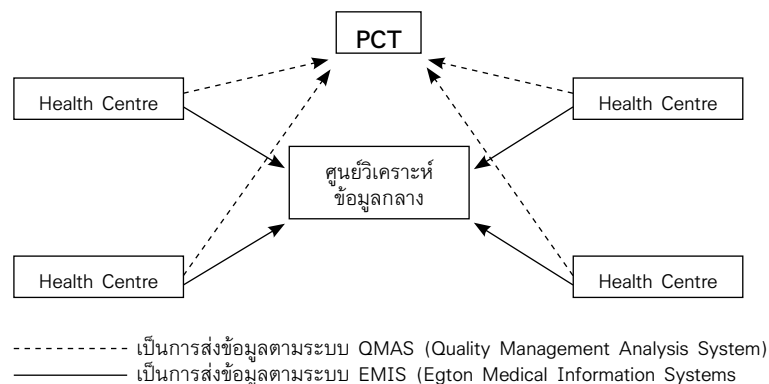
หมวดที่เป็นตัวชี้วัดเกี่ยวกับการจัดการในองค์กรมี 43 ตัวชี้วัด จาก 5 Organisational areas ประกอบด้วย

- การบันทึกและข้อมูลข่าวสาร (12 ตัวชี้วัด)
- ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย (4 ตัวชี้วัด)
- การศึกษาและฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ (8 ตัวชี้วัด)
- การจัดการในสถานบริการ (10 ตัวชี้วัด)
- การบริหารจัดการยา (9 ตัวชี้วัด)

หมวดที่เป็นการวัดจากประสบการณ์ของผู้รับบริการมี 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่แพทย์ตรวจ การให้คำปรึกษา และการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้

หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการเพิ่ม มี 8 ตัวชี้วัดจาก 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

- การให้บริการตรวจหาเชื้อมะเร็งปากมดลูก (Cervical screening: 4 ตัวชี้วัด)
- การเฝ้าระวังสุขภาพเด็ก (Child health surveillance: 1 ตัวชี้วัด)
- การให้บริการแม่ (Maternity services: 1 ตัวชี้วัด)
- การให้บริการวางแผนครอบครัว (Contraceptive services: 2 ตัวชี้วัด)



หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการแบบองค์รวม วัดจากผลรวมของทุกตัวชี้วัดในกลุ่มการให้บริการทางคลินิก เช่น ถ้าในการดูแลคนไข้ได้คะแนนสูงสุดในเกือบทุกตัวชี้วัด ก็จะได้คะแนนในหมวดนี้สูงไปด้วย

หมายเหตุ รายได้ที่เกิดจากการให้บริการตาม QOF เป็นรายได้ของสถานบริการ (Practice) ไม่ใช่รายได้ของรายบุคคล เงินที่ได้ตามกรอบ QOF นี้คิดเป็นประมาณ 20% ของเงินทั้งหมดที่แต่ละ Practice จะได้รับ ถ้า Practice ไหนทำคะแนนได้น้อยกว่า 30% (น้อยกว่า 300 คะแนน) Practice นั้นจะถูกยกเลิกสัญญา ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการยกเลิกสัญญาเนื่องจากได้คะแนนน้อย

3.3 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information Technology) เพื่อควบคุมกำกับ พัฒนาคุณภาพบริการ และจ่ายเงินตาม QOF

ก่อนที่จะนำ Computer มาใช้ในการให้บริการปฐมภูมิ NHS ใช้ข้อมูลที่มีการบันทึกลงในใบสั่งยาเป็นหลัก (บันทึกด้วยการเขียน) ในการนำวิเคราะห์ เพื่อใช้ควบคุมกำกับและประเมินผลการใช้บริการปฐมภูมิของประชาชน พร้อมกับเก็บข้อมูลแนวทางการให้บริการและการจ่ายยาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พร้อมกับส่งกลับไปยังแต่ละสถานบริการเพื่อให้สถานบริการและผู้ให้บริการได้รับรู้

Computer เริ่มถูกนำมาใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการที่สถานบริการ (Practices or Health Centres) ตั้งแต่ปี 1990 (ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนหน้านี้) พร้อมกับมีการพัฒนา Software ให้มีความเหมาะสมในการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกราย จนกระทั่งในปี 2004 สถานบริการทุกแห่งใช้ Computer เพื่อบันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกราย การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อจ่ายเงินตาม QOF จึงเป็นการพัฒนาขึ้นมาจากการใช้ Computer บันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกรายดังกล่าว

ปัจจุบันการนำข้อมูลจาก Computer ของแต่ละ Health Centre ไปใช้ประโยชน์ แบ่งเป็นสองระบบใหญ่ๆ คือ 1) ระบบที่เป็นการส่งข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลกลาง (Central Egton Groups: CEG) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ ดังกล่าวมาบ้างแล้วข้างต้น เรียกระบบการใช้และการไหลเวียนของข้อมูลในลักษณะนี้ว่า Egton Medical Information Systems (EMIS) และ 2) ระบบที่เป็นการส่งข้อมูลไปยัง Primary Care Trusts (PCTs) เพื่อนำไปคิดคะแนนและจ่ายค่าตอบแทนตาม QOF เรียกระบบการใช้และการไหล

เวียนของข้อมูลในลักษณะนี้ว่า Quality Management Analysis System (QMAS)

ถึงแม้แต่ละ Health Centre อาจใช้ Software ที่ต่างกัน แต่ทุก Software ใช้รหัสเป็นระบบเดียวกัน เช่น การกำหนดรหัสโรค รหัสกิจกรรมการให้บริการ และอื่นๆ เหมือนกัน ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาในการเชื่อมต่อและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในระบบ EMIS และ QMAS

หมายเหตุ ในระบบที่เป็นการบันทึกข้อมูลที่เชื่อมกับการได้รับค่าตอบแทน (QMAS) จะมีการสุ่มตรวจเพื่อดูว่าข้อมูลที่บันทึกไปนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ถ้าพบว่าไม่เป็นความจริง (บันทึกเพียงหวังเพื่อให้ได้ค่าตอบแทน) ผู้บันทึก (ผู้ให้บริการ) จะถูกยึดใบประกอบโรคศิลป์ หรือใบอนุญาตให้เป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการ

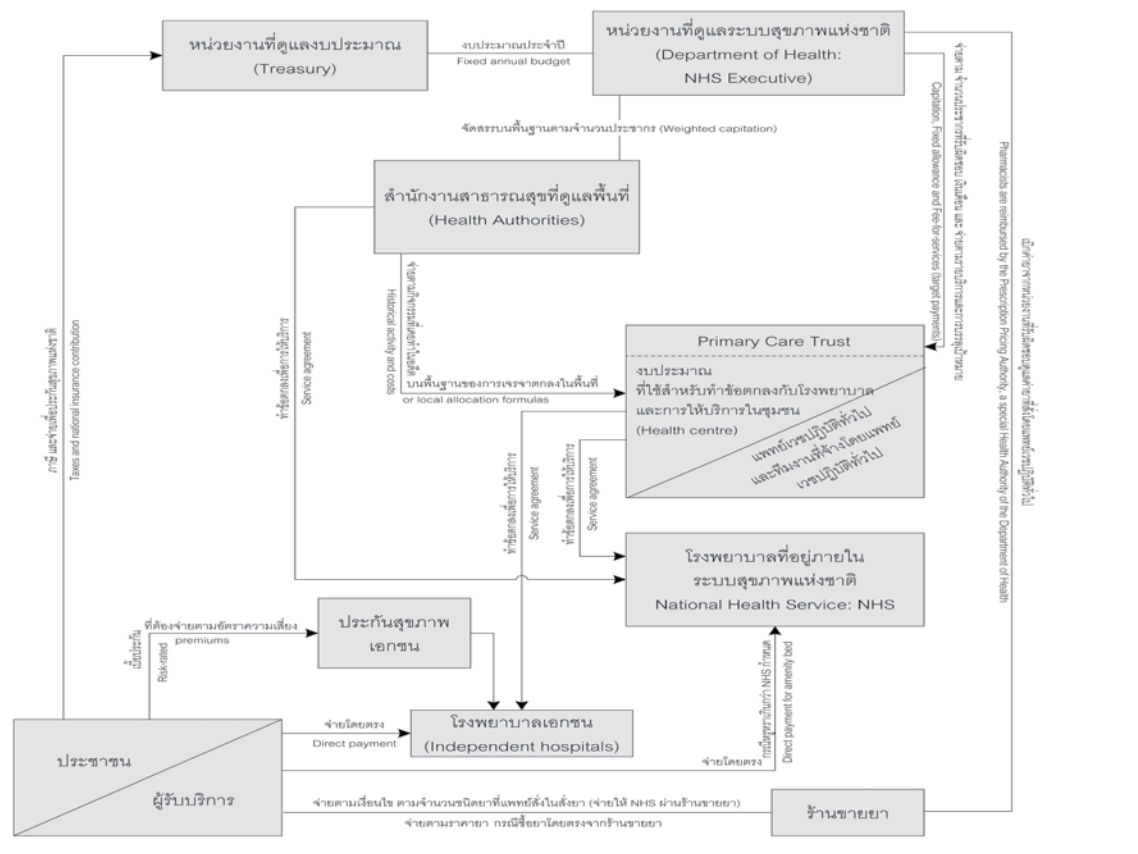
4. กลไกการเงิน

4.1 แหล่งเงินและการไหลเวียนของเงินในระบบบริการ

แหล่งเงินที่เข้ามาในระบบบริการทั้งหมด (ทั้ง NHS และ non-NHS หรือทั้งภาครัฐและเอกชน) ประมาณ 95% มาจากภาครัฐ และที่เหลือประมาณ 5% มาจากภาคเอกชน (ประกอบไปด้วยการจ่ายค่าบริการของประชาชนเมื่อไปรับบริการที่ภาคเอกชน และประกันสุขภาพภาคเอกชน) สำหรับในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงแหล่งเงินที่เข้ามาใน NHS เท่านั้น

เงินเข้ามาใน NHS ประกอบไปด้วย 1) เงินภาษีทั่วไป (General taxes) ประมาณ 83%; 2) เงินประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Insurance Contribution) ประมาณ 12%; 3) เงินที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายประมาณ 3%; และ 4) ดอกเบี้ยและอื่นๆ อีกประมาณ 2%

ข้อดีที่มีการกล่าวถึงการนำเงินภาษีมาใช้ใน NHS คือ การไม่ต้องลงทุนเพื่อสร้างกลไกในการเก็บเงินจากประชาชนเอง (ลดต้นทุนลงในภาพรวม) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อระบบภาษีของประเทศมีลักษณะที่เป็นแบบก้าวหน้า (Progressive) อยู่แล้ว (ผู้มีรายได้มาก จ่ายตามสัดส่วนเมื่อเทียบกับรายได้ มากกว่าผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว)



สำหรับการไหลเวียนของเงินในระบบบริการสาธารณสุขประเทศอังกฤษ สามารถแสดงได้ดังภาพ

4.2 แนวโน้มใหม่ “การจ่ายตามผลลัพธ์ (Payment by results)”

ในอนาคตรัฐบาลมีนโยบายการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลแบบใหม่ มีชื่อเรียกว่า “Payment by results” เป็นการจ่ายให้กับสถานบริการโดยยึดที่ผลลัพธ์ หรือ Output เป็นหลัก โดยที่ Input และ Process เป็นหน้าที่รับผิดชอบของสถานบริการ ซึ่งผู้ทำหน้าที่จ่ายเงินจะไม่ให้ความสำคัญมากนัก เช่น ในระยะเวลาเท่ากัน แต่ให้บริการได้มากกว่า (เช่น ผ่าตัด Elective surgery ได้มากกว่า หรือ คนไข้ใช้เวลาในการรอน้อยลง) จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม มีการจัดกลุ่มและกำหนดเป็นค่าตอบแทน โดยใช้ชื่อวิธีการจัดกลุ่มลักษณะนี้ว่า Healthcare Resource Groups (HRG)¹ การกำหนดราคาจะถูกกำหนดโดยส่วนกลาง (National tariff) ซึ่งผู้วางนโยบายมีความคาดหวังว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมจะไม่เพิ่มขึ้น และการจ่ายเงินแบบใหม่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเจรจาเพื่อต่อราคา (Transaction cost)

ในระยะแรกจะใช้วิธีการจ่ายเงินแบบนี้กับ Elective Surgery ก่อน โดยเริ่มจาก 6 Specialties: Ophthalmology, Cardiothoracic surgery, ENT, Trauma & orthopaedics, General surgery, Urology วิธีการจ่ายเงินแบบเดิมเรียกว่า “Block contracts” เป็นการเจรจาและตกลงราคาในระดับพื้นที่ เปลี่ยนเป็น “Service Level Agreements (SLAs)” เป็น “ข้อตกลง” ที่เชื่อมระหว่าง “ผลลัพธ์” ที่ได้จากการให้บริการกับ “ราคา” ที่กำหนดขึ้นมาจากส่วนกลาง

4.3 วิธีการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้รับบริการ (Co-payment)

ในขณะเริ่มต้น NHS ประชาชนทุกคนรับบริการฟรี ณ จุดที่รับบริการ ระบบการมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) กับประชาชนบางกลุ่ม เริ่มนำมาใช้ในปี 1952

โดยพื้นฐานของระบบภายใต้ NHS ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ โดยตรงให้กับผู้ให้บริการในขณะรับบริการ แต่เป็นการจ่ายโดยอ้อมผ่านระบบภาษี และประชาชนบางกลุ่มต้องมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ในขณะไปรับบริการให้กับ NHS แต่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้รับบริการฟรี (ไม่ต้องจ่าย Co-payment)

กลุ่มที่รับบริการฟรีประกอบด้วย ผู้มีรายได้ต่ำ ผู้สูงอายุ (ชาย > 65 ปี หญิง > 60 ปี) อายุต่ำกว่า 16 ปี อายุ 16-19 ปี ที่เป็นนักศึกษาที่จะต้องเรียนเต็มเวลา หญิงมีครรภ์ หญิงที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 12 เดือน ทหารผ่านศึก และผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังบางโรค เช่น Permanent fistula, Hypoadenalinism (Addison's disease), Hypopituitarism (Diabetes insipidus), Diabetes mellitus, Hypoparathyroidism, Myasthenia gravis, Myxedema, Epilepsy เป็นต้น

ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มประชากรที่จะต้องมีส่วนร่วมจ่าย ต้องจ่ายตามจำนวนชนิด (Items) ของยาที่แพทย์สั่งมาในใบสั่งยา โดยประชาชนต้องจ่ายประมาณ 6.20 ปอนด์ ต่อ ยาหนึ่งชนิด โดยไม่คำนึงถึงปริมาณยา (จำนวนเม็ดหรือปริมาตรของยา) แพทย์สั่งยามากชนิดประชาชนต้องจ่ายมากขึ้นตามจำนวนชนิดของยา เช่น แพทย์สั่งยา 1 ชนิด ประชาชนจ่าย 6.20 ปอนด์, 2 ชนิดจ่าย

1 พัฒนามาจากการจ่ายเงินในลักษณะที่เรียกว่า Case mix: วิธีการจ่ายเงินแบบ Case mix (เป็นคำที่ใช้ในภาษาอังกฤษ) เป็นวิธีเดียวกับการจ่ายเงินแบบ DRG (เป็นคำที่ใช้ในประเทศอเมริกา)

12.40 ปอนด์, 3 จ่าย 18.60 ปอนด์ เป็นต้น ทั้งนี้ในกรณีแพทย์มีความเห็นว่า ยาที่คนไข้จำเป็นต้องรับประทาน มีราคาสูงกว่า 6.20 ปอนด์ และเป็นยาที่คนไข้สามารถซื้อได้เองโดยตรงจากร้านขายยา แพทย์มักจะไม่เขียนชื่อยาด่วนั้นลงในใบสั่งยา เป็นการช่วยให้คนไข้จ่ายน้อยกว่า (เป็นการซื้อยาโดยตรงจากร้านขายยา) เช่น กรณีที่แนะนำให้ใช้ยา Paracetamol, Calamine lotion หรือ Bromhexine เป็นต้น ดังนั้นเมื่อไรก็ตามที่แพทย์สั่งยาลงในใบสั่งยามาก ชนิด คนไข้จะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายมากขึ้นตามจำนวนชนิดของยาไปด้วย โดยที่แพทย์ไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ

นอกจากนี้คนไข้ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย สามารถซื้อบัตร (Season ticket) ราคาประมาณ 25 ปอนด์ สำหรับบริการฟรีเป็นเวลา 4 เดือน และราคาประมาณ 60 ปอนด์ เพื่อรับบริการฟรีเป็นเวลา 1 ปี

ด้วยระบบนี้ทำให้ “ใบสั่งยา” ทุกใบที่หมอสั่งจ่ายยาให้คนไข้ ถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบโดย NHS และเป็น “เครื่องมือ” สำคัญที่ทำให้ NHS มีข้อมูลที่น่าไปใช้วิเคราะห์ พฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งส่งมูลที่เป็นภาพรวมของพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ เช่น ค่าเฉลี่ยของจำนวนชนิดยาที่สั่งในใบสั่งยาในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย รวมทั้งมีการส่งข้อมูลเป็นลักษณะเดือนไปยังแพทย์ที่จ่ายมากกว่าปกติ (จ่ายยาเกินจำเป็น) ถือเป็นอีกกลไกที่สำคัญอันหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมและกำกับพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์

4.4 ความสัมพันธ์ทางการเงินของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับ NHS

จากการที่กลุ่มแพทย์ทั้งหมดโดยรวม ต่อต้านการเกิดขึ้นของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีความ “กังวล” เรื่อง “รายได้” มากที่สุดว่า หลังมี NHS เกิดขึ้นจะทำให้รายได้โดยรวม “ลดลง” จึงน่าสนใจว่า หลังจากที่มีรัฐบาลสามารถเจรจาต่อรองสำเร็จ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้รับค่าตอบแทนจาก NHS อย่างไร

ค่าตอบแทนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับจาก NHS แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) เหมจ่ายตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Capitation fee) 2) ได้รับเป็นเงินเดือน แต่การคำนวณส่วนหนึ่งยังคงอิงอยู่กับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Allowance which is like salary) และ 3) ค่าตอบแทนตามรายการของการให้บริการ (Fee for certain item of service) ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นมาในภายหลัง

ลักษณะที่หนึ่ง เหมจ่ายตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ โดยจะได้ค่าตอบแทนสูงขึ้น ถ้าดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาหรืออยู่ในถิ่นทุรกันดาร เช่น การให้ค่าตอบแทนตามอายุของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มากกว่า 75 ปี (35 ปอนด์); ระหว่าง 65-74 ปี (18 ปอนด์); และน้อยกว่า 65 ปี (14 ปอนด์) ส่วนค่าตอบแทนสำหรับการดูแลประชาชนในเขตที่มีปัญหาหรือทุรกันดาร (พื้นที่แพทย์ไม่อยากจะไปอยู่ เช่น ชนบทห่างไกล พื้นที่ที่มีการใช้ยาเสพติด พื้นที่เสี่ยงภัย เป็นต้น) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับค่าตอบแทนเป็นรายหัวเพิ่มมากกว่าอัตราปกติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ สูง (ได้เพิ่ม 10 ปอนด์) กลาง (ได้เพิ่ม 7 ปอนด์) และต่ำ (ได้เพิ่ม 5 ปอนด์) เป็นต้น

ลักษณะที่สอง จ่ายในลักษณะเงินเดือน จำนวนเงินเดือนที่ได้รับมีที่มาจาก 2 แหล่งคือ 1) จากจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

กล่าวคือ เมื่อมีจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบมากขึ้น จำนวนเงินเดือนโดยรวมเพิ่มขึ้น แต่อัตราอัตราเงินเดือนเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดจะลดลง เช่น ได้รับค่าตอบแทนสูงสุดประชากร 400 คนแรก (เช่น 8 ปอนด์ต่อคน) 200 คนถัดมาได้รับลดลง (เช่น 6 ปอนด์ต่อคน) และลดลงไปเรื่อยๆ จนเกินกว่าที่กำหนด เช่น กำหนดว่าจำนวนประชากรในส่วนที่เกินกว่า 1200 คน จะไม่นำมาคำนวณเพื่อคิดเป็นเงินเดือน และ 2) จากจำนวนปีที่ทำงานเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ถ้าทำงานมาต่ำกว่า 7 ปี ไม่ได้รับเงินเดือนในส่วนนี้ ทำงานมา 7-14 ปี (400 ปอนด์), 14-21 ปี (2500 ปอนด์), และมากกว่า 21 ปี (5000 ปอนด์)

ลักษณะที่สาม จ่ายค่าตอบแทนตามรายการของการให้บริการ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่หนึ่ง จ่ายเพิ่มเมื่อทำได้เกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด (Target payments) ประกอบด้วย การให้วัคซีนในเด็กเล็ก (เช่น ถ้าได้เกินเป้าหมายได้รับ 1800 ปอนด์ ถ้าไม่ถึงได้รับ 600 ปอนด์) การ booster ในเด็กก่อนวัยเรียน (เช่น ถ้าได้เกินเป้าหมายได้รับ 600 ปอนด์ ถ้าไม่ถึงได้รับ 200 ปอนด์) การตรวจหาหะเร็งปากมดลูก (เช่น ถ้าได้เกินเป้าหมายได้รับ 2400 ปอนด์ ถ้าไม่ถึงได้รับ 800 ปอนด์) กลุ่มที่สอง จ่ายตามกิจกรรมที่ทำตามช่วงเวลา (Sessional payments) ประกอบด้วย การทำคลินิกส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion clinics: 45 ปอนด์), การผ่าตัดเล็ก (Minor surgery: 100 ปอนด์), และการสอนนักศึกษาแพทย์ กลุ่มที่สาม จ่ายตามแต่ละรายการของการให้บริการ (Item-of-service fee) ประกอบด้วย การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค (5 ปอนด์) การให้บริการวางแผนครอบครัว (15 ปอนด์) และการใส่ห่วงอนามัย (IUD: 45 ปอนด์)

นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมการให้บริการอื่นๆ ที่ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีรายได้เพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการกรณีฉุกเฉิน (Emergency treatment fees: 20 ปอนด์) การให้บริการที่บ้านในเวลากลางคืน (Night visit มี high rate: 45 ปอนด์ กับ low rate: 15 ปอนด์) เป็นต้น

ด้วยระบบการจ่ายค่าตอบแทนโดยรัฐให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (อย่างซับซ้อน) ในลักษณะนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ยังคงมองว่าตนเองยังคงอยู่ในภาคเอกชนและทำงานอิสระในลักษณะเป็นเจ้านายตัวเอง (Doctor is his/her own boss)

ในกรณีที่ถ้าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ลงทุนเองด้วยการซื้อหรือเช่าตัวอาคารเพื่อทำคลินิกส่วนตัว จะสามารถเบิกในลักษณะค่าเช่าตัวอาคารจาก NHS ได้บางส่วน (ประมาณ 70% ของราคามาตรฐาน) รวมทั้งถ้าจ้างบุคลากรสามารถเบิกคืนจากการจ้างบุคลากรได้ไม่เกิน 2 คน ซึ่งมักจะเป็น พยาบาลที่ช่วยหมอในคลินิก (Practice nurse) และพนักงานต้อนรับ (Receptionist) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเบิกคืนจาก NHS ได้ประมาณคนละไม่เกิน 70% ของเงินเดือนของบุคลากรแต่ละชนิดที่จ้าง ถ้าแพทย์เวชรวมกลุ่มกัน (Group practice) สามารถจ้างบุคลากรได้หลายคน และมักจะจ้างผู้จัดการคลินิก (Practice Manager) ด้วย เพื่อดูแลในภาพรวมรวมไปถึงการติดต่อเชื่อมโยงกับ NHS ให้มีความคล่องตัว และบริหารจัดการการดำเนินการภายในสถานบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อยา เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการให้บริการ (GP dispensing payments) รวมทั้งเพื่อซื้อ หรือ Up-grade computer (Computer costs reimbursement) ตามเงื่อนไขที่ NHS กำหนดได้อีกด้วย ■

2 แพทย์เวชศาสตร์ไทยคว่ำทุนสูงสุด ITS

สมาลี ประทุมนันท์
Advocacy Component Manager
โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

นพ.กรกช ศรีเกื้อ จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และ นพ.โกดิษฐ์ ศักรินทร์กุล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน ได้รับทุนสูงสุด International Travel Scholarship จากราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแห่งสหราชอาณาจักรเพื่อไปปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่ประเทศอังกฤษเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

International Travel Scholarship

International Travel Scholarship คืออะไร

เป็นทุนสำหรับฝึกปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในและนอกสหราชอาณาจักร

ลักษณะของทุน ITS

เป็นทุนที่เปิดกว้างทั้งด้านรูปแบบและเนื้อหาของประเด็นที่สนใจจะศึกษา โดยผู้ขอทุนสามารถวางแผนการศึกษา การเดินทาง และงบประมาณได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ใครเป็นผู้ให้ทุน ITS?

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแห่งสหราชอาณาจักร (Royal College of General Practitioner, UK)

วัตถุประสงค์ของทุน ITS

เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในและนอกสหราชอาณาจักรสมัครฝึกปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในหัวข้อที่ตนเองสนใจหรือประเด็นที่กำลังเป็นปัญหาของประเทศ เพื่อนำประสบการณ์ที่ได้มาพัฒนางานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของตนเองต่อไป

รายละเอียดของทุน ITS

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งสหราชอาณาจักรจะสนับสนุนทุนระหว่าง 200-1,000 ปอนด์ ให้กับผู้ที่ผ่านการคัดเลือก ขึ้นอยู่กับความน่าสนใจและรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆ ที่ระบุไว้ในใบสมัคร

ทุน Katharina Von Kuenssberg and John J Ferguson

เป็นอีกทุนหนึ่งที่จะเปิดในช่วงมกราคมและสิงหาคมของทุกปี ทุนนี้พิจารณาจากใบสมัครของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สมัครชิงทุน ITS ผู้สมัครที่เขียนใบสมัครได้โดดเด่นจะมีสิทธิ์ได้รับทุนนี้เพิ่มเติมอีกด้วย

ช่วงเวลารับสมัคร

International Travel Scholarship กำหนดปิดรับใบสมัครในวันศุกร์แรกของเดือนกุมภาพันธ์และกันยายนของทุกปี

สถานที่ขอใบสมัคร www.rcgp.org.uk

รายละเอียดเพิ่มเติม

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือหมอประจำบ้านที่สนใจ สามารถขอคำปรึกษา รายละเอียดต่างๆ ได้ที่

Dr. Garth Manning

Medical Director, International Development Programmes

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งสหราชอาณาจักร

Email: gmanning@rcgp.org.uk

ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับทุน ITS



นพ.กรกช ศรีเกื้อ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ และแพทย์ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนควนลัง

ประเด็นที่เลือกไปศึกษา

เน้นการศึกษาดูแบบของแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติในระดับปฐมภูมิของประเทศอังกฤษ ทั้งด้านการดูแลรักษาโรค การส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การเยี่ยมบ้าน ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเวชปฏิบัติระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

เทคนิคในการเขียนเพื่อให้สามารถรับทุนได้

เริ่มต้นจากการแนะนำตนเองให้กรรมการทราบว่า เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจบใหม่ไฟแรง ทำงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนควนลัง ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย มีความสนใจที่จะศึกษาดูแบบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานในหน่วยปฐมภูมิของประเทศอังกฤษซึ่งมีมาก่อนประเทศไทย โดยการศึกษาครั้งนี้เกิดประโยชน์ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการทำเวชปฏิบัติครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพและสังคมต่อไป

มองอนาคต/สิ่งที่จะทำต่อไปอย่างไร

คาดว่าประสบการณ์จากการศึกษานี้จะทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจต่องานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนางานร่วมกับทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนควนลังได้ดีขึ้น



นพ.โกคินทร์ ศักรินทร์กุล

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

นพ.โกคินทร์เล่าว่า ช่วงกลางปี 2551 เห็นประกาศรับสมัครเรื่อง Secondment ในเว็บไซต์ของ Health Care Reform Project ว่ามีทุนศึกษาดูงานที่ประเทศอังกฤษ แต่ทุนในครั้งนั้นเลือกเฉพาะผู้ทำงานใน 20 อำเภอ ของ 6 จังหวัดเป้าหมายของโครงการ คุณหมอสงสัยว่าอำเภอเมือง จังหวัดลำพูนที่ตนเองทำงานอยู่นั้นอยู่ในเป้าหมายด้วยหรือไม่ จึงสอบถามไปยังคณะกรรมการคัดเลือก ก็ได้คำตอบว่าให้ลองส่งประวัติเข้ามาก่อน แต่ตามหลักเกณฑ์แล้วจะทำการคัดเลือกผู้ที่อยู่ในอำเภอเป้าหมายก่อน คณะกรรมการได้ให้โอกาสสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แต่ก็ไม่ได้รับการคัดเลือก Dr.Garth Manning จึงส่งเอกสารการขอรับทุน Traveling Scholarship มาให้ จึงตัดสินใจลองกรอกรายละเอียดส่งไปเพื่อขอรับทุนดังกล่าว โดยคุณหมอโกคินทร์ได้รับทุน Katharina Von Kuenssberg and John J Ferguson อีกหนึ่งทุนด้วย

ประเด็นที่เลือกไปศึกษา

นพ.โกคินทร์เลือกศึกษาดูแบบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากในเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตนเองทำอยู่นั้น ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม เช่น ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ ปัญหาความยากจนที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นต้น

เทคนิคในการเขียนเพื่อให้สามารถรับทุนได้

นพ.โกคินทร์เล่าว่าควรเขียนวัตถุประสงค์หรือประเด็นในการไปศึกษาให้ชัดเจน ถ้าเป็นไปได้ควรระบุถึงกิจกรรมที่ต้องการทำขณะไปศึกษาดูงาน พร้อมทั้งเขียนสิ่งที่จะนำกลับมาประยุกต์ใช้ หรือแผนงานที่จะทำต่อหลังจากกลับมาจากการศึกษาดูงานด้วยจะยิ่งดี

การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (5-weekend workshop in Family Medicine) เวทีดีๆ เพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของไทย

ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

การพัฒนาทางศาสตร์ทางด้านใดก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มจากการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชานั้นให้ถูกต้องตามหลักการ นอกจากเรื่องความรู้แล้วการเตรียมอาจารย์ผู้สอนก็เป็นเรื่องสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เพราะการจะเผยแพร่วิชาการด้านใดให้ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติได้จริงต้องเกิดจากผู้สอนมีความแม่นยำในหลักการของวิชานั้น จึงจะถือว่าประสบความสำเร็จในการถ่ายทอดศิลปะแห่งวิชาชีพอย่างแท้จริง

การพัฒนางานวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจึงดำเนินการผสมผสานทั้งการพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในพื้นที่ โดยได้ดำเนินการในลักษณะการอบรมเชิงปฏิบัติการในช่วงสุดสัปดาห์เดือนละหนึ่งครั้ง อบรมรุ่นละ 5-6 สัปดาห์ ที่มีชื่อว่า โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ 5 weekends workshop for faculty development in family medicine มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ คณะทำงานเกิดขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่างหลายสถาบันดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

แม้จะเริ่มต้นจากคณะทำงานส่วนกลางในตอนต้น แต่เมื่ออบรมอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิได้จำนวนหนึ่งแล้ว คณะทำงานจึงได้ขยายผลการดำเนินงานต่อไป เพื่อการพัฒนาความเข้าใจในด้านองค์ความรู้แห่งศาสตร์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และการอบรมผู้สอนให้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและศาสตร์การสอนให้เข้มข้นมากขึ้น โดยผ่านศูนย์การเรียนรู้ตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งการติดตามผลการอบรมในพื้นที่ภาคต่างๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นการเสริมความรู้ให้ทันยุคสมัยยิ่งขึ้นไปด้วย ทั้งนี้การอบรมเชิงปฏิบัติการ 5 weekend จะเน้นไปที่การนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง

การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการถือว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนแบบ adult learners (ผู้เรียนแบบผู้ใหญ่) แม้ว่าเรื่องนั้นจะเป็นงานทางวิชาการก็ตาม ดังเช่นเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ในช่วงสามปีที่ผ่านมา คณะทำงานพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบด้วยสำนักบริหารพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบป.) สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน(สพข.) กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์





โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (STFMT) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น เป็นหลักสูตรระยะสั้นซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นการอบรมให้กับผู้ที่เตรียมจะไปเป็นอาจารย์ในพื้นที่ นอกจากเพื่อเพิ่มความรู้แล้ว ยังมีกระบวนการที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกันของผู้เข้าร่วม ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมรู้จักกันมากขึ้น และได้เรียนรู้รูปแบบการทำงานจริงด้วยกัน เนื่องจากบุคลากรในเป้าหมายที่จัดอบรมไปส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีประสบการณ์จากงานสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในกลุ่มนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน และยังมีแพทย์สาขาอื่นๆ ทีมงานที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตามศักยภาพของพื้นที่ร่วมอยู่ด้วย

จากการจัดอบรมที่ผ่านมา พบว่าผู้เข้าอบรมมีความเข้าใจชัดเจน โดยเฉพาะความหมายหลักๆ ของเวชศาสตร์ครอบครัวคืออะไร เกี่ยวข้องกับใคร จะได้คำตอบที่ไม่เป็นเพียงคำนิยาม แต่เกิดความเข้าใจได้เลยว่าเวชศาสตร์ครอบครัว (Principle of Family Medicine) เป็นศาสตร์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพขึ้น เพราะมีการดูแลคนไข้ได้อย่างเป็นองค์รวม มิใช่แต่มีมิติทางการรักษาทางกายเท่านั้น แต่ที่ได้จากการสัมผัสของแพทย์ที่เข้าไปในพื้นที่ เข้าไปสัมผัสกับครอบครัว เป็นมิติทางใจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย พร้อมทั้งกันนั้นก็ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวไปในตัวด้วย (Working with families)

ผู้เข้าอบรม โดยเฉพาะผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน ได้นำความรู้ความเข้าใจไปปรับใช้พัฒนาวางแผนหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวที่สอดคล้องกับการทำงานในสถาบันของตน เช่น การพัฒนาทักษะการสอนเวชศาสตร์ครอบครัว (Teaching and learning skills) ความเข้าใจการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Practice management) การสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวในพื้นที่ การรวบรวมความรู้ใหม่ของเวชศาสตร์ครอบครัวที่เหมาะสมกับการดำเนินงานในท้องถิ่นของประเทศไทย การจัดประกายการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่ให้ได้เป็นรูปธรรม และมีผลงานด้านการวิจัย ทั้งในรูปแบบผลงานวิจัยของตนเองและการเป็นที่ปรึกษางานวิจัยให้แก่ผู้อื่น

การฝึกอบรมที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรระยะสั้นที่ต้องผ่านการอบรมครบ 5 ครั้ง โดยใช้เวลาในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เดือนละครั้ง หลักสูตรดังกล่าวนี้ อบรมทีมงานในโรงพยาบาลชุมชนที่จะเป็นที่ฝึกอบรมสำเร็จไปแล้วสองรุ่น รุ่นแรกจัดไปเมื่อเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2549 มีผู้เข้าอบรม 26 คน และรุ่นที่ 2 เดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2550 ผู้เข้าอบรม 28 คน รุ่นที่ 3 จัดเดือนมีนาคม-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ที่โรงแรมหลุยส์ แทเวิร์น กรุงเทพมหานคร

โครงการฝึกอบรมที่คณะทำงานพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวดำเนินการมานี้ คาดหวังไว้ว่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียนผู้สอนในพื้นที่ ซึ่งเป็นฐานที่มั่นคงของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และท้ายที่สุดประโยชน์จะตกอยู่กับประชาชนผู้ใช้บริการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะได้นำไปพัฒนาแนวทางการจัดการในบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ ■

ตามไปดูผู้สูงวัยในญี่ปุ่น

ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**การทำงานผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุและ
บริบทของผู้สูงอายุในแต่ละที่**

เดินทางไปญี่ปุ่นแต่ละครั้งได้แต่นั่งสงสัยว่า ทำไมบ้านเมืองของเขาช่าง
เงียบเชียบเหลือเกิน พอถึงเวลาทำงานชาวญี่ปุ่นทุกคนต่างเร่งรีบสาวเท้า
รวดเร็วไปยังสถานีรถไฟ เบียดเสียดตนเองเพื่อให้มีที่ยืนในรถไฟ ทำงาน ทำงาน
และทำงานด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจจริง ตรงต่อเวลา ทุกขณะทุกคนดูจะมีแต่
ความเร่งรีบ

คำถามจึงเกิดขึ้นว่า แล้วกลุ่มผู้สูงอายุเขาอยู่ที่ไหน อยู่อย่างไร และ
กำลังทำอะไรอยู่ มุมมองในครั้งนี้ไม่ได้มองหา Primary care และการบริการใน
ชุมชน แต่มองการใช้ชีวิตของผู้สูงวัยในญี่ปุ่นที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไป

เมื่อครั้งที่ได้ไปนำเสนอผลงานวิจัย ในงาน 7th World Congress on
Aging and Physical Activity ที่เมือง Tsukuba เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ.
2551 ซึ่งเมือง tsukuba นี้ ขึ้นชื่อว่าเป็น science city สถานที่ท่องเที่ยวส่วนใหญ่
จึงเป็นสถาบันสำคัญทางวิทยาศาสตร์เสีย ได้แก่ Matsumi Park, Doho
Park, Tsukuba Expo Center, Tsukuba Space Center, Geological
Museum, Tsukuba Botanical Garden เป็นต้น โชคดีว่าวันนั้นเป็นวันเสาร์ และก่อนที่จะเข้าประชุม
1 วัน ได้มีโอกาสได้เที่ยวแบบ one day trip ในเมือง โดยต้องซื้อตั๋ววัน 1 วัน และไปตามสถานที่ต่างๆ
ในเมือง เข้าวันนั้นเป็นวันที่อากาศสดใสมาก ทีมงานของเรามารอขึ้นรถคล้ายๆ school bus มีผู้โดยสาร
คือ ทีมงานเราและครอบครัวชาวญี่ปุ่น พ่อ แม่ ลูก ไปด้วยอีก 2 ครอบครัว พวกเราตั้งใจจะไปเที่ยวตาม
แหล่งเรียนรู้ทางวิทยาศาสตร์ในเมือง Tsukuba สิ่งที่เราประทับใจสิ่งแรกคือ การตรงเวลาของรถ และการ
มี guide นำเที่ยว ซึ่ง guide ของเรานั้นเป็นผู้สูงอายุชายชาวญี่ปุ่น อายุ 72 ปี ซึ่งยังดูหนุ่มมากๆ และ
นักศึกษาชาวญี่ปุ่นที่เรียนมหาวิทยาลัยปี 2 ที่มาทำงานเพราะต้องการเรียนภาษาอังกฤษ ส่วนคุณตา
ชาวญี่ปุ่นนั้นมาทำงานนี้เพราะเป็นอาสาสมัคร อยากมาช่วยชุมชน โดยการสอนและแนะนำเยาวชน
รวมถึงนักท่องเที่ยวที่จะไปเยี่ยมชมตามสถานที่ทางวิทยาศาสตร์ในเมือง ทั้งสองคนนี้ทำงานโดยไม่รับ
ค่าตอบแทน จิตอาสาอย่างแท้จริง เห็นคุณตาชาวญี่ปุ่นท่านนี้แล้วรู้สึกประทับใจต่อตัวท่านมาก ท่านมี
ความตั้งใจในการแนะนำสถานที่ มีความพยายามในการสื่อสาร รวมถึงการให้แนวคิดต่างๆ ใน
การชม แม้ว่าการสื่อสารของเราจะใช้ทั้งคำพูดและมือประกอบ แต่ก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อมิตรภาพที่
เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ดูแล้วท่านมีความสุขมากที่ได้ช่วยเหลือสังคม ที่สำคัญคือการทำงานร่วมกัน
ระหว่างคนสองวัย ไม่มีการแบ่งว่างานนี้คืองานคนหนุ่มสาว หรืองานของผู้สูงอายุ

เมื่อรถบัสพาเรามาที่ Tsukuba Botanical Garden ซึ่งพวกเราจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับพันธุ์ไม้นานาชนิดจากทั่วโลก ณ ที่นี้ เราได้พบกับกลุ่มผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมาทำงานด้วยกัน รวมถึงครอบครัวเล็กๆ ที่มาพร้อมกับเรานั้น พ่อแม่พาลูกๆ ไปลงทะเลและให้เด็กได้เรียนรู้ ชมนิทรรศการ และเพาะปลูกพันธุ์ไม้ต่างๆ ดิฉันแอบถามว่า พวกเขาเป็นญาติกันหรือเปล่า คำตอบคือ เปล่าเลย ผู้สูงอายุที่นี้มาช่วยกันสอนเด็กเรื่องการปลูกต้นไม้ วิธีการติดตาม วิธีการตอนกิ่ง และให้ข้อคิดกับเด็กๆ เราต้องเรียนรู้ที่จะปลูก เพาะพันธุ์ สร้างสรรค์ และเห็นคุณค่าของทุกสิ่งในโลก ดิฉันได้เห็นแววตาของผู้สูงอายุที่มองดูเด็กๆ ขณะสอนนั้นเปี่ยมไปด้วยความรักและเอ็นดู เอาใจใส่ ในขณะที่เด็กๆ ได้มีโอกาสเรียนรู้จากของจริง ได้สนุกไปกับการเรียน โดยที่ไม่จำเป็นต้องไปหาความรู้จากชั้นเรียน จิตอาสาจากผู้สูงวัยก่อให้เกิดการเรียนรู้ และเชื่อมโยงสายสัมพันธ์ระหว่างวัยได้เป็นอย่างดี

โดยส่วนตัวดิฉันแอบคิดเล็กๆ ว่า ในเมืองไทยเองก็ทำได้ ปู่ ย่า ตา ยาย ของเรามีภูมิปัญญาในการเกษตร ปลูกพืชต่างๆ มานานแล้ว การที่จะให้ผู้สูงวัยของเราสอนเด็กๆ และปลูกฝังข้อคิดต่างๆ นั้นเป็นวิธีที่ไม่ยากเกินความจริงเลย กลับจะทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง ลูกหลานได้มีโอกาสใกล้ชิดและดูแลมากขึ้นอีกต่างหาก

ในความเป็นจริงของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นทุกวันนี้ วิถีชีวิตไม่ต่างจากผู้สูงอายุไทย ยึดแก่ง อ่อนน้อม และใจดีต่อแขกผู้มาเยือน แต่ด้วยข้อจำกัดด้านพื้นที่ เมื่อลูกหลานโตขึ้นก็ออกจากบ้านไปทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในเมืองใหญ่ ผู้สูงอายุจึงถูกปล่อยไว้ตามลำพัง ส่วนใหญ่จึงมักอาศัยอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสของตนเอง ภาพที่เจตาคือผู้สูงอายุญี่ปุ่นสองคนต่ายาเดินทางไปด้วยกัน นั่งรถไฟหรือไปท่องเที่ยวตามศาลเจ้าต่างๆ ด้วยกัน เมื่อครั้งที่ได้ไป Workshop to develop a community-based medical education module incorporating and promoting the concepts of Education for Sustainable Development (ESD) Mie University Medical School, Mie, Japan ระหว่างวันที่ 18-23 มกราคม 2009 ในวันที่ดิฉันได้เดินทางไป Ise shine ที่เมือง Ise City, Ujitachi-cho ได้เห็นผู้สูงอายุจำนวนมากเดินทางไปไหว้ศาลเจ้าแห่งนี้จำนวนมาก มีหลายกลุ่มไปเป็นหมู่คณะและไปเป็นคู่ ซึ่งเห็นแล้วอดชื่นชมในความรัก และการดูแลซึ่งกันและกันของผู้สูงอายุที่นี่ไม่ได้ สองต่ายาเดินทางมุ่งมือกันตามสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ ซึ่งสถานที่ท่องเที่ยวเหล่านี้มีการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างดี จะมีป้ายที่บอกว่า Barrier-free: Wheelchair-accessible toilet ผู้สูงอายุจึงสามารถเข้าถึงบริการ และสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ ได้ง่าย

จากประสบการณ์ดังกล่าว ดิฉันมองว่าการได้พึ่งพาตนเอง การนำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์นั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นศรัทธาในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง หากประเทศไทยให้ความสำคัญและพัฒนาให้ผู้สูงอายุไทยสามารถดูแลพึ่งพาตนเอง และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเกื้อหนุนสังคมต่อไป ผู้สูงอายุไทยจะอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศมากกว่าถูกมองว่าเป็นภาระของประเทศอย่างเช่นปัจจุบัน ■





ความจำสั้น แต่รักฉันทายาว

พญ.อรรณ ตะเวทิพงศ์

(บทความต่อไปนี้มีการพูดถึงเนื้อหาในภาพยนตร์
ไม่แนะนำสำหรับผู้อ่านที่ยังไม่ได้ชมภาพยนตร์)

“แก่แล้ว จะอยู่กันได้อย่างไรแค่สองคน”

ประโยคสั้นๆ แต่ความหมายยาวจากภาพยนตร์เรื่อง “ความจำสั้น แต่รักฉันทายาว” นี้ เป็นตัวอย่างหนึ่งของการมีทัศนคติในด้านลบกับผู้สูงวัย ไม่เพียงแต่เป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ชราลง แต่ยังหมายรวมถึงการที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องพึ่งพิงอาศัย ไม่สามารถอยู่ได้หากไม่มีผู้คุ้มครองดูแล

ภาพยนตร์ไทยเรื่องนี้ นำเอาชีวิตของตัวละครสองวัยที่แตกต่างกันอย่างมาก ทั้งเรื่องทางกายภาพและความคิด มาเป็นตัวดำเนินเรื่อง แต่สิ่งที่สะท้อนจากตัวละครทั้งสองคือมีอยู่สองประเด็นหลัก คือ ความรักและความทรงจำ สมดังชื่อเรื่อง “ความจำสั้น แต่รักฉันทายาว”

ตัวละครเอกในเรื่องมีอยู่สองคู่ เป็นคู่ของวัยหนุ่มสาวคนทำงานสามคนที่คบกันเป็นเพื่อนกัน แต่กลับมีปัญหาเรื่องรักสามเส้า ซึ่งเป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ที่จะคิดว่าเลือกคนที่ดีที่สุดสำหรับตัวเองมา หากพอเกิดปัญหา สิ่งที่เคยทำดีต่อกัน ก็ไม่สามารถนำมาปอบประโลมใจได้ หากฝ่ายหนึ่งไม่ยอมรับและไม่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ในขณะที่คนที่แอบรักก็ต้องทนดูความเจ็บปวดของหญิงสาวที่กำลังอยู่ในช่วงสูญเสีย ทั้งที่อยากจะช่วย แต่ก็ช่วยอะไรไม่ได้มาก

บทเรียนที่หนุ่มสาวทั้งสองคนได้เรียนรู้ เกิดจากการ “สัมผัส” ได้ถึงความรักที่มั่นคงและจริงจังของตัวละครสูงวัยสองคน ที่แม้จะเกิดความรักต่อกันขึ้นเมื่อยามที่วัยล่วงเลยเข้าสู่ช่วงปลายชีวิต แม้ความรักในวัยนี้จะถูกมองข้ามจากคนในครอบครัวและคนอื่นๆ ในสังคม หากรักที่แท้ ย่อมไม่เคยพ่ายแพ้ต่อสิ่งใด ถึงแม้จะไม่มีคนเข้าใจ แต่คนทั้งคู่ก็มีวุฒิภาวะมากพอที่จะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรอบคอบ

ประเด็นที่ผู้กำกับพยายามจะสื่อ ก็คือ ความรักของคนสูงวัย มีอะไรแตกต่างจากรักของคนหนุ่มสาว ในเมื่อ “ความรัก” ก็ คือ ความรู้สึกของจิตใจ ที่ไม่ได้แปรผันตาม “อายุ”

ความรัก ไม่เกี่ยวกับอายุที่ล่วงเลยไป วัยวุฒิไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการน้อยไปกว่าคนหนุ่มสาว เพียงแต่อาจจะมีย่อจำกัดเรื่องร่างกายที่ใช้มานานกว่า ส่วนเรื่องกำลังใจนั้น ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดังนั้น คุณลุงในเรื่องจึงไม่รีรอที่จะแสดงความพึงพอใจต่อคุณป้าอย่างชัดเจน ทั้งเรื่องการมาเรียนคอมพิวเตอร์ การพาไปซื้อดอกไม้ หรือแม้แต่การชวนไปเที่ยวบ้านที่ต่างจังหวัด

ความรัก มักเต็มไปด้วยความเรงรีบ ร้อนรน อยากครอบครอง ความรักของผู้สูงวัยก็ไม่ได้แตกต่างกัน ความปรารถนาในฝ่ายตรงข้ามยังมีอยู่เต็มเปี่ยม สังเกตได้จากการที่ตัวละครฝ่ายชายยอมเดินทางไกล เพียงเพื่อจะได้พบหน้าฝ่ายหญิงสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และเมื่อคนหนุ่มตั้งคำถามว่า ทำไมคนที่มียศุคราวพอจึงลงทุณขนาดนี้ คำตอบที่ได้รับ จากฝ่ายที่สูงวัยกว่า อาจจะทำให้คนอย่างเราต้องย้อนกลับมาดูว่า เราให้คุณค่ากับความรักของผู้สูงอายุน้อยเกินไปหรือเปล่า

ความรัก ทำให้ผู้สูงอายุกลับเป็นหนุ่มสาวอีกครั้ง เห็นได้จากความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อย่างโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับติดต่อสื่อสาร เช่น MSN หรือ Hi5 ดูเหมือนเป็นเรื่องประหลาดสำหรับผู้สูงอายุนั้น จะมีใครเชื่อว่า พ่อแม่ผู้แก่ชราของตนเอง จะสามารถ chat ผ่าน MSN แถมด้วยการ upload ข้อมูลเข้าไปใน blog สดุดีอย่าง Hi5 วัยรุ่นติด chat room ได้อย่างไร ผู้สูงอายุก็น่าจะทำได้แบบนั้นเช่นกัน

ความรักกับ sex ของผู้สูงวัย จะแตกต่างจากคนหนุ่มสาวหรือไม่ เรื่องนี้เป็นประเด็นที่ภาพยนตร์ไม่ได้สื่อออกมาอย่างโจ่งแจ้ง แต่ก็มีความหมายแฝงเอาไว้ให้จินตนาการเอง ราวกับว่า sex ของผู้สูงวัยยังต้องปิดบังซ่อนเร้น ทั้งที่เรื่องนี้เป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์มีอยู่ติดตัว แต่กลับกลายเป็นว่า พออายุมากขึ้น ก็จะต้องลดกิจกรรมประเภทนี้ลง ทั้งที่บางคนอาจจะยังมีความต้องการอยู่เหมือนสมัยเป็นหนุ่มเป็นสาว ดังนั้น เรื่อง sex ในผู้สูงวัยจึงเป็นอีกประเด็นที่ไม่ควรมองข้าม

ความรักของผู้สูงวัยกับคนหนุ่มสาว จึงไม่ได้มีอะไรแตกต่างกันเลยสักนิด ดังที่เราสังเกตได้จากการนำเสนอของภาพยนตร์ที่พยายามสะท้อนให้คนรุ่นใหม่ มองเห็นความรักของคนมีอายุสองคนอย่างเป็นธรรมชาติและธรรมดาอย่างที่สุด แม้คนในครอบครัวจะไม่เห็นด้วย แต่เพื่อนคราวหลานของคุณลุงคุณป้ากลับเข้าใจและยอมรับเรื่องนี้ เมื่อได้ไปพบเห็นคนทั้งคู่อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขก่อนเรื่องจะดำเนินไปจนถึงตอนท้าย



ความทรงจำ เป็นอีกประเด็นที่ผู้กำกับพยายามสื่อให้ผู้ชมได้รับรู้ว่า ความทรงจำของผู้สูงอายุย่อมเต็มเปี่ยมไปด้วยประสบการณ์แห่งชีวิต

ประสบการณ์แห่งชีวิตที่ผู้สูงวัยมีนั้น มีคุณค่าเกินกว่าจะนับเป็นมูลค่าใดๆ เพราะสิ่งเหล่านั้น คือ ความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตัวเองประสบความสำเร็จ ผ่านวันอันยาวนานมาได้ ดังเช่นที่ คุณลุงเล่าซ้ำๆ หลายครั้ง ถึงเรื่องต้นไม้ที่บ้านต่างจังหวัด ทั้งจะด้วยว่าตัวเองเริ่มเกิดอาการหลงลืม หรือจะเพราะความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตัวเองฝ่าฟันอุปสรรคอย่างไม่ยอมแพ้ จนสามารถยืนหยัดได้แม้จะเกิดภัยพิบัติอย่างรุนแรงในอดีต ทั้งยังเลี้ยงครอบครัวมาได้อย่างมั่นคง เรื่องเล่าแบบนี้เป็นสิ่งที่คนหนุ่มสาวไม่ควรมองข้าม

อย่างไรก็ตาม ความเสื่อมของสังขารเป็นเรื่องธรรมดาแห่งชีวิต คุณลุงก็หนีไม่พ้นกฎธรรมชาติข้อนี้เช่นกัน

“บางสิ่งที่ยากจำเรากลืม บางสิ่งที่ยากลืมเรากล้นจำ

คนเรานี้ คิดให้ดีกว่า อย่าจำกลืนลืม อย่าลืมกลืนจำ”

เพลงนี้ คุณลุงร้องให้คุณป้าฟังเมื่อแรกที่เริ่มมีอาการหลงๆ ลืมๆ เสมือนกับว่าเป็นเรื่องซ้ำๆ แต่ในตอนท้ายๆ เพลงนี้กลับมากระตุ้นความจำให้ผู้ชมต้องหยุดคิดว่า ที่จริงแล้ว เนื้อเพลงเป็นเพียงการล้อเลียน หรือการบอกความจริงแก่ผู้ชมตั้งแต่ต้นว่า ความทรงจำเป็นสิ่งที่เลือกไม่ได้ว่าจะให้ลืมหรือจำอะไร

แม้ผู้สูงอายุกับการหลงๆ ลืมๆ จะเป็นสิ่งที่คล้าย “ตราบป” ที่ผู้สูงอายุต้องทนรับสภาพ หากมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงวัยไม่ยอมแพ้กับอาการ เช่น ความอับอายที่ตัวเองเหมือนคนซึ่งมีความต้องการดูแลตนเองได้แบบไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน ทำให้หลายต่อหลายครั้งจึงเกิดเป็นเรื่องเป็นราว เพราะผู้สูงอายุจะหลอกคนอื่นว่าตัวเองยังปกติดี ดังเช่นที่คุณลุงไม่ยอมบอกใครๆ ว่า ตัวเองเริ่มหลงๆ ลืมๆ ตั้งแต่ลืมของเล็กๆ น้อยๆ ไปจนกระทั่งลืมทางกลับบ้าน สุดท้ายยังหลงทางไปไกล จนกระทั่งคนอื่นๆ จับได้ จึงยอมเข้ารับการตรวจและรักษา

ในที่สุด คุณลุงก็เป็นฝ่ายยอมรับสภาพว่า ตนเองคงไม่สามารถ **“จำในสิ่งที่อยากจำได้”** ทั้งคุณลุงและคุณป้า จึงเลือกที่จะเผชิญหน้าต่อสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างกล้าหาญ และไม่ทำให้บุคคลอันเป็นที่รักคนอื่น ๆ ต้องผิดหวังหรือเสียใจ นี่คือการที่ภาพยนตร์กำลังพยายามบอกเราว่า ผู้สูงอายุที่ถึงพร้อมด้วย **“คุณวุฒิ”** ก็สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ในชีวิตของตัวเองได้เป็นอย่างดี ชนิดที่ลูกๆ หลานๆ ไม่ต้องช่วยคิดด้วยซ้ำไป และยังมีทางออกให้กับปัญหาเรื่องความห่างไกลระหว่างคนสองคน ด้วยการใช้เทคโนโลยีของการสื่อสารไร้พรมแดนอย่างอินเทอร์เน็ตมาช่วยย่อโลกให้ใกล้กันมากขึ้น

ลูกๆ ของทั้งสองฝ่ายก็สบายใจ ที่พ่อแม่ไม่ได้ดิ้นรนอย่างที่เขาคิดเป็นห่วง และไม่ได้ขัดขวางความรักระหว่างผู้สูงวัยทั้งสองอีก เมื่อได้เข้าใจแล้วว่า ความรักไม่ได้จำกัดที่อายุหรือระยะทาง

นอกจากสองประเด็นหลักเรื่อง ความรัก และความทรงจำแล้ว ยังมีประเด็นรองๆ ที่เป็นการสื่อให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไม่ใช่คนที่อยู่รอวันตายไปวันๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นคนคนหนึ่งที่มีคุณค่าเท่าเทียมกับคนวัยอื่น การเคารพการตัดสินใจของผู้สูงวัย การช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น และการปรับตัวกับสภาพร่างกายหรือโรคของผู้สูงอายุ

หลายๆ ครั้ง ที่เราติดอยู่กับกรอบความคิดที่ว่า คนแก่ย่อมไม่ต้องทำอะไรในชีวิตมากมายนัก การมีบ้านอยู่ มีลูกที่ดี แล้วก็ได้พักผ่อนอยู่กับบ้านเฉยๆ น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด แต่เรื่องจริงไม่ใช่อย่างนั้นเสมอไป

ครั้งหนึ่งในภาพยนตร์ คุณป้าตัดพ้อกับลูกเรื่องที่เขาห้ามไม่ให้ออกไปเที่ยวหรือไปพบเพื่อนใหม่ๆ จนในที่สุดคนที่เขินแม่ถึงกับต้องหนีออกจากบ้านเพื่อจะไปทำสิ่งที่ตัวเองอยากทำเป็นครั้งสุดท้าย ก็ทำให้คนหนุ่มคนสาวอย่างตัวละครอีกสองคนต้องย้อนกลับมาดูตัวเองว่า สิ่งที่เราอคติกับคนชราว่า ควรจะต้องเก็บตัวอยู่กับบ้าน ไม่ออกไปไหนไกลๆ เพียงลำพัง ต้องยอมรับกับสิ่งที่ลูกๆ เลือกมาให้แล้ว ว่าดีที่สุดนั่น เป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือเปล่า ความต้องการของคนสูงอายุอาจจะมีมากกว่าแค่ได้อยู่กับบ้านเฉยๆ ผู้สูงอายุหลายต่อหลายคนยังต้องการความรักหรือต้องการจะรักใครสักคน

การปรับตัวกับสภาพความชราของผู้สูงอายุนั้น มีหลายสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียด (Stress) ขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดจากภาพยนตร์เรื่องนี้ ก็คือ การพยายามเริ่มต้นชีวิตคู่ครั้งใหม่ ปัญหาที่ครอบครัวดั้งเดิม ความหวงดีของลูกๆ แต่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้เป็นพ่อแม่ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การย้ายถิ่นที่อยู่ และการปรับตัวกับความสูญเสีย

เมื่อใกล้จะถึงเวลาที่ต้องจากกัน คุณป้าให้อีกสครูลุงเป็นครั้งสุดท้ายว่าต้องการให้คุณป้าอยู่ดูแลหรือไม่

“จากกันตั้งแต่ยังจำกันได้ ดีกว่าจากกันตอนไม่เหลือความทรงจำดีๆ ต่อกัน”

เป็นประโยคสุดท้ายที่คุณลุงพูดอย่างเด็ดเดี่ยว พิสูจน์ให้ทุกคนได้เห็น ว่า ความรักที่แท้จริงต้องไม่เห็นแก่ตัว ถือว่าเป็นคำพูดที่ยิ่งใหญ่สำหรับผู้ชายวัยชราอย่างคุณลุง ที่ไม่ต้องการให้ตัวเองเป็นภาระของใคร

บทสรุปของภาพยนตร์เรื่องนี้ คือ การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุดังที่พวกเขาเป็นมนุษย์ผู้มีคุณค่าในตัวเอง ผู้สูงอายุที่ผ่านการดำเนินชีวิตมาได้จนวัยเกษียณ เป็นหลักประกันว่าพวกเขาจะรับมือกับปัญหาได้อย่างดีเยี่ยมหากมีกำลังใจจากคนรอบข้างที่เชื่อมั่นว่า พวกเขาสามารถดูแลตนเองได้ พวกเราคนหนุ่มสาว มีหน้าที่เพียงแค่อุเลให้ความรัก ความใกล้ชิด แต่ไม่ใช่ขังการ บังคับ ช่มชู้ หรือทอดทิ้งไม่เหลียวแล เพียงปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ ทุกคนก็จะอยู่ร่วมกันได้อย่างไม่ต้องขัดแย้ง

ดังนั้น ในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขที่จะต้องพบเจอผู้ป่วยวัยชรามากขึ้นเรื่อยๆ ขอให้เข้าใจชีวิตบั้นปลายของผู้สูงวัยว่า จุดหมายของพวกเขา คือ

“ไม่สำคัญว่าอยู่ได้นานแค่ไหน ขอให้ใช้เวลาอย่างคุ้มค่าด้วยกัน ก็พอ”

คงเป็นวลีที่จะนิยามชีวิตรักของคุณลุงและคุณป้าในเรื่อง **“ความจำสั้น แต่รักฉันยาว”** ได้เป็นอย่างดี ■

งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ชื่อ สถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุและแนวโน้มการพัฒนา
Situation of the Aged Society in Thailand
ผู้วิจัย ประสิทธิ์ ลีระพันธ์
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2542
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ วิสัยทัศน์และแนวทางในการปฏิรูประบบสาธารณสุข
เพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต มุมมองจากประชาคม
องค์กร ชุมชนด้านผู้สูงอายุ
Vision and direction toward health system
reform: views of civil ageing society
หน่วยงานสนับสนุน นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544
ปีที่พิมพ์ 2544
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข
Health policy evaluation for the elderly persons
ผู้วิจัย พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิ,
ไพบรอน จอห์น, อารีย์ พรหมโม
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2542
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย
Administration strategy for social welfare system
for Thai Senior Citizens
ผู้วิจัย ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, นุชนารถ ยูอันเงาะ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2544
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการ
ผู้สูงอายุในประเทศไทย
The Guidelines and Level Measures Relating to
the Older Person's Welfare in Thailand
ผู้วิจัย ช.ชยันต์ เพ็ญไพฑูริย์
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2544
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ
Health Status and Its Trend of the Aged
ผู้วิจัย เยาวรัตน์ ปรัชญ์ขาม, สุพัตรา อติโพธิ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2543
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการลงทุนในการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
Resource allocation for improving quality of life
of the aged: a proposed guideline
ผู้วิจัย สุกัญญา นิธิกร, นงนุช สุนทรชวากานต์
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2542
แหล่งข้อมูล ดาวน์โฮลด์เอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับ
ผู้สูงอายุไทย: นานาทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
Health Service and Insurance System for the
Aged in Thailand
ผู้วิจัย วรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง,
กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คติการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ห้องสมุด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชื่อ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับ
ผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา
Health Service and Insurance System for the
Aged in United State
ผู้วิจัย วรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง,
กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คติการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ห้องสมุด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชื่อ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับ
ผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ
Health Service and Insurance System for the
Aged in United Kingdom
ผู้วิจัย วรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง,
กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คติการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ห้องสมุด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชื่อ การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูป
ระบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุไทย
A synthesis of knowledge about health services
systems and health insurance for elderly
ผู้วิจัย วรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง,
กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คติการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ห้องสมุด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชื่อ ภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ: ทบทวนวรรณกรรม
Review of Elderly Health
ผู้วิจัย ศิริพร จิรวัฒน์กุล
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2537
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ
ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชน และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา
Possible models of health promotion and care for elderly under the condition of community participation and elderly need: a case study in Songkhla province
ผู้วิจัย เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นนท์, วิภาวี คงอินทร์, พัชรียา ไชยลังกา, นวลจันทร์ รณารักษ์, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2544
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น
Health Service and Insurance System for the Aged in Japan
ผู้วิจัย วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คดีการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์
Health Service and Insurance System for the Aged in Singapore
ผู้วิจัย วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คดีการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย
Health Service and Insurance System for the Aged in Thailand
ผู้วิจัย วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, รัชมล คดีการ
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2545
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
Resource allocation for improving quality of life of the aged: a proposed guideline
ผู้วิจัย สุกัญญา นิธิกร, นงนุช สุนทรชวานันต์
หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2542
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ www.hsri.or.th/elibrary

ชื่อ สรุปผลการดำเนินงานของโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)
ผู้วิจัย คณะทำงานของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ปีที่พิมพ์ มกราคม 2552
แหล่งข้อมูล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2218-7413; โทรสาร 0-2255-1469 E-mail : cpschula@chula.ac.th

ชื่อ สรุปผลคู่มือการสร้างดัชนีเพื่อการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564).
ผู้วิจัย วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ปีที่พิมพ์ พฤศจิกายน 2551
แหล่งข้อมูล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2218-7413; โทรสาร 0-2255-1469 E-mail : cpschula@chula.ac.th

ชื่อ ระบบกลไกติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)
ผู้วิจัย วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ปีที่พิมพ์ พฤศจิกายน 2551
แหล่งข้อมูล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2218-7413; โทรสาร 0-2255-1469 E-mail : cpschula@chula.ac.th

ชื่อ รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย พ.ศ. 2550
ผู้วิจัย/สำรวจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หน่วยงานสนับสนุน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ปีที่พิมพ์ 2550
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มที่ได้ http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older50.pdf

ชื่อ ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ
ผู้วิจัย/สำรวจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หน่วยงานสนับสนุน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ปีที่พิมพ์ 2550
แหล่งข้อมูล สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ถนนหลานหลวง เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กทม. 10100
โทร. 0-2281-0333 ต่อ 1413; โทรสาร 0-2281-6438
E-mail: services@nso.go.th

ชื่อ การดูแลด้านโภชนาการผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย/สำรวจ กองโภชนาการ กรมอนามัย
หน่วยงานสนับสนุน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่พิมพ์ 2550
แหล่งข้อมูล ดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มได้ที่ <http://www.thaiebook.org/index.php>

ชื่อ โครงการวิจัยการศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน
ผู้วิจัย/สำรวจ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
หน่วยงานสนับสนุน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ ข้อเสนอแนะการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย/สำรวจ รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
แหล่งข้อมูล ภาควิชาเคหะการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ โครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550
ผู้วิจัย/สำรวจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
แหล่งข้อมูล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ชื่อ รายงานการศึกษาระบบสมรรถนะโครงการวิจัยการศึกษาการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
ผู้วิจัย/สำรวจ สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ปีที่พิมพ์ 2549
แหล่งข้อมูล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ชื่อ ถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการติดตามประเมินผล การดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย/สำรวจ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
หน่วยงานสนับสนุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ปีที่พิมพ์ 2551
แหล่งข้อมูล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



วิธีตี สารพันความรู้ประชากร ปี พ.ศ. 2551

เป็นการรวบรวมข่าวสารความเคลื่อนไหวในวงการประชากรที่เป็นปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ นิตยสาร ข่าวผลการวิจัยที่น่าสนใจ รายงานการประชุมเกี่ยวกับเรื่องประชากรและผลกระทบในเรื่องต่างๆ ที่มีผลสืบเนื่องมาจากประชากร ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้ข้อมูลได้ทราบถึงเหตุการณ์ทางประชากรที่เป็นปัจจุบันและที่ผ่านมา เรื่องราวที่รวบรวมมีประมาณ 220 เรื่อง ครอบคลุมเรื่อง การเกิด การตาย การคาดประมาณทางประชากร การทำแท้ง การเปลี่ยนแปลงประชากร การย้ายถิ่น การหย่าร้าง ครอบครัว ความเป็นเมือง คุณภาพชีวิต นโยบายประชากร ความยากจน สถิติประชากร ประชากรกับการพัฒนา ประชากรกับเศรษฐกิจ ประชากรกับสุขภาพ ผู้สูงอายุ เพศและบทบาทระหว่างเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ แรงงาน โรคเอดส์ สำนะในประชากร เป็นต้น

ผู้สนใจสามารถติดต่อขอฟรี ได้ที่
ศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์ อาคารประชาธิปไตย ชั้น 2
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 0-2218-7413 โทรสาร 0-2255-1469



Primary Care & Aging