

บทเรียนการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชลการ ทรงศรี ปร.ด.* กิตติพร โปธิทากุล กศ.ม.**

สุวัฒน์ ทรงศรี กศ.ม.*** อาคม นามบุรี ค.บ.****

กาญจนา ปัญญาธร พย.ม.*****

บทคัดย่อ

พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 8 อุดรธานี มีประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 28,059 คน ตำบลที่มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 673 แห่ง การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ สปสช. เขต 8 อุดรธานี ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2563 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลระยะยาว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขรวม 77 คน โดยคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง จาก 7 อำเภอ ใน 7 จังหวัด ของเขต 8 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลทุติยภูมิรวบรวมจากรายงานเอกสารของหน่วยงานภาครัฐวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปใจความสำคัญ

ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวมี 2 รูปแบบได้แก่ กลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลไกของหน่วยบริการสุขภาพดำเนินงาน ซึ่งผลลัพธ์ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าใจในการปฏิบัติการดูแลระยะยาว ความเป็นผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารทุกระดับ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์กรท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และประชากรในพื้นที่

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา ควรมีการจัดระบบการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องพร้อมจัดหาเงินทุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง มีผู้จัดการดูแลจำนวนเพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และควรมีการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทเรียนการดำเนินงาน

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

** ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

*** ครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนบ้านนาโสง จังหวัดอุดรธานี

**** เจ้าหน้าที่กองทุนการดูแลระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี

***** อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Lessons Learned of a Long-term Care System from Operations for Dependent Older Persons through National Health Security System

Chonlakarn Songsri Ph.D.*, Kittiporn Phothithakool M.Ed.**

Suwat Songsri M.Ed..***, Akom Namburi B.Ed.****

Kanchana Punyathorn M.N.S.*****

Abstract

National Health Security Office (NHSO) Region 8 Udon Thani responsible for 28,059 dependent elderly people, 673 districts with long-term health care systems for the dependent elderly. The objective of this qualitative research study was to explore the lessons learned from operations of a long-term care system for dependent older persons, NHSO region 8 Udon Thani. The study was conducted from January to April, 2020. The key informants were the administrators of local administrative organizations, the staffs worked relevant to long-term care, village health volunteers, care manager for elderly, care giver, representatives from public health governmental agencies, totally 77 people. They were selected from 7 districts in 7 provinces across the Region 8. The data were obtained through a series of focus group discussions and in-depth interviews. The secondary data were gathered from annual reports and governmental documents. Content and thematic analysis techniques were used to investigate the data.

The study found that there are 2 forms of administrative management of long-term care system, the local government organization and the health service unit mechanisms. Both forms contributed to improve the quality of life for dependent elderly. They were satisfied with being assisted by activities. The key success factors were the understanding of local administrative officers in long-term care operating, leadership and visions of executives at all levels, good relationship among local organization, health personnel and local populations.

The suggestions for development were the continuous provision of long-term care system together with sufficient and continuous funding, sufficient number of care managers for dependent older persons and the capacity building of the relevant personnel.

Key words: Long Term Care, Dependent older persons, Lessons learned from operations

* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

** Director of the Registration Management Office, National Health Security Office

*** Teacher (Senior Professional Level), Ban Na Hong School, Udon Thani

**** Long Term Care Fund Officer, National Health Security Office Region 8 Udon Thani

***** Nursing Instructor, Rachathani University, Udon Thani Campus

บทนำ

สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ.2568 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583¹ เขตได้รับผิดชอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 8 อุดรธานีมีผู้สูงอายุจำนวน 830,319 คน คิดเป็นร้อยละ 14.93 และจากการประเมินคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 พบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง² ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และเป็นผู้ที่สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยที่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือ ทูพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน^{3,4} ปัจจุบันยังพบว่า การดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพยังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ เพราะนอกจากโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้วยังมีข้อจำกัดการบริการเฉพาะทางผู้สูงอายุ อีกทั้งโครงสร้างเพื่อรองรับความต้องการบริการรักษาพยาบาล กำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ และขีดความสามารถของการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ซึ่งส่วนขาดเหล่านี้เป็นหน้าที่รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับปรุงและพัฒนาปัจจัยเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพรองรับ⁵ ดังนั้นความท้าทายของระบบบริการสุขภาพต่อการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทยคือการเพิ่มขึ้นของทรัพยากรไม่สัมพันธ์กับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ยังพบว่าระบบยังขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะผู้บริหารผู้สูงอายุ ซึ่งแนวโน้มการดูแลจะเปลี่ยนไปตามปัญหา

สุขภาพของผู้สูงอายุเพราะนอกจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงวัยตามความเสื่อมแล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำสู่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงอีกด้วย⁶

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care for the Elderly) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของบุคคลผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากความชรภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน หรือที่เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดูแลมีทั้งรูปแบบที่เป็นทาง ซึ่งดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและบุคลากรด้านสังคม และรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการเป็นการดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน โดยมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยหลักการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ส่วนหลัก คือ 1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและเข้าใจผู้สูงอายุ 2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินแผนงาน โดยมีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้ และต้องเอาใส่ใจทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ และที่บ้าน ซึ่งในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม หน่วยบริการมีภารกิจ 3 ด้านที่ต้องให้บริการ ได้แก่ ภารกิจในการให้บริการสุขภาพ ภารกิจการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัว และภารกิจประสานบริการ โดยบริการด้านสุขภาพที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เป็นไปตาม

หลักการ 4H (Health Promotion, Home Visit, Home Health Care, Home Ward)⁷ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมุ่งบริการเน้นการฟื้นฟูบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการผ่านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลผ่านบุคคลในครอบครัวหรือคนในชุมชน ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถูกคาดหวังให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ที่ได้กำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมคุ้มครองผู้สูงอายุ⁸ ซึ่งมาตรการที่สำคัญคือการจัดระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยมี อปท. เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบให้บริการดังกล่าว อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าข้อระเบียบข้อบังคับข้อบัญญัติของท้องถิ่นยังไม่เอื้อต่อการดำเนินงานในการจัดสวัสดิการและจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ^{9,10,11} เช่นการจ้างอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ การจ้างผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือนักกายภาพบำบัด เนื่องจากยังขาดระเบียบกระทรวงมหาดไทยที่จะมารองรับการจัดสรรงบประมาณของ อปท. เพื่อใช้ในวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้มีนโยบายมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี อปท. เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีการพัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข กำหนดให้มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ อปท. ร่วมมือกันใน

การดำเนินการ ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า และเท่าเทียมอีกทั้งยังเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร มีการบูรณาการและสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ “สังคมไทยสังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ สปสช. เขต 8 อุดรธานี ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ 7 จังหวัด พบว่ามีความสำเร็จของการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ดังนั้นบทเรียนกลไกการดำเนินงาน การจัดบริการและความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนกระบวนการบริหารจัดการ กระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและระบบสนับสนุน ประเด็นสำคัญที่เป็นปัจจัยของความ สำเร็จ ประเด็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key risk area/Key risk factor) จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ สปสช.เขต 8 อุดรธานี ให้มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกลไกกองทุนการดูแลระยะยาวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการในพื้นที่ 7 จังหวัดภายใต้การดูแลของ สปสช.เขต 8 อุดรธานี โดยคัดเลือกจังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยพื้นที่ยินดีเข้าร่วมโครงการถอดบทเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 7 จังหวัดใน

เขตรับผิดชอบของ สปสช.เขต 8 อุดรธานี ประกอบด้วย จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ นครพนม และสกลนคร กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด จำนวน 77 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม เป็นดังนี้

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.1) เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่ละ 1 คน รวม 7 คน

1.2) เป็นอนุกรรมการสนับสนุนการพัฒนาการดูแลและระยะยาวที่รับผิดชอบงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) พื้นที่ละ 3 คน รวม 21 คน

2) ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยบริการในพื้นที่ พื้นที่ละ 1 คน รวม 21 คน

2.1) เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) พื้นที่ละ 1 คน รวม 7 คน

2.2) เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver: CG) พื้นที่ละ 1 คน รวม 7 คน

2.3) เป็นตัวแทนหน่วยบริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบงานพื้นที่ละ 1 คน รวม 7 คน

3) เป็นผู้รับผิดชอบงานการดูแลระยะยาวระดับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พื้นที่ละ 1 คน รวม 7 คน

4) เป็นผู้รับผิดชอบระดับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพื้นที่ละ 1 คน รวม 7 คน

5) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือสมาชิกครอบครัวในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง พื้นที่ละ 2 คน รวม 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิในประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด นโยบายการดูแลระยะยาว รูปแบบการดำเนินงาน บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลไกการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการดำเนิน

งาน ปัจจัยของความสำเร็จ ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มและข้อมูลทฤษฎีภูมิประเด็นข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนแผนการดูแล จำนวน CM และจำนวน CG ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มใน ประเด็น ปัจจัยนำเข้า ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด นโยบายการดูแลระยะยาว รูปแบบการดำเนินงาน บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลไกการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ปัจจัยของความสำเร็จ ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา โดยผ่านการพิจารณาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในด้านโครงสร้างของข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้านเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.67

2. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ช่วยเหลือการดูแลโดยประยุกต์มาจาก ฤกษ์รัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชร ชวนะพันธุ์¹² เพื่อสอบถามความพึงพอใจมิติทางกาย มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ มิติทางสังคม/การบริการ

3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยประเด็นคำถามประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย 2559 โดยแบ่งการวัดคุณภาพออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม¹³

ข้อพิจารณาจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ขออนุญาตต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโดยที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เลขที่ 044/05/2563 ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลก่อนเข้าสู่พื้นที่ ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือและขออนุญาตจากพื้นที่ที่ทำการศึกษาระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล พร้อมนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่สะดวกในการจะร่วมถอดบทเรียน โดยให้พื้นที่เป็นผู้กำหนดวันและเวลาที่สะดวกในการให้ข้อมูลโดยที่ไม่รบกวนงานประจำ หลังจากนั้นทีมถอดบทเรียนเดินทางเข้าพื้นที่ทั้ง 7 พื้นที่ตามวันเวลาที่นัดหมายดังนี้

วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2563

เช้า: องค์การบริหารส่วนตำบลก้านเหลือง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

บ่าย: เทศบาลตำบลตองโขบ อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร

วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2563

เช้า: เทศบาลตำบลนาอ้อ อำเภอเมืองจังหวัดเลย

บ่าย: เทศบาลตำบลนากลาง อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู

วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2563

เช้า: องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์หมากแข้ง อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดบึงกาฬ

บ่าย: องค์การบริหารส่วนตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 เทศบาลตำบลหนองบัวบาน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

2. เมื่อเข้าถึงพื้นที่ที่ทีมวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน และขออนุญาตในการบันทึกภาพ บันทึกเสียง และขออนุญาตเก็บข้อมูลทุกข้อมู

3. ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้แทนผู้สูงอายุด้วยตนเอง ในประเด็นตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ คือความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตหลังจากได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สมาชิกที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแทน โดยเก็บข้อมูลพื้นที่ละ 2 ตัวอย่าง

4. การสนทนากลุ่ม (Focus groups discussion) ผู้ร่วมสนทนาจำนวนทั้งหมด 8 คน ประกอบด้วย

ผู้บริหารและตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน อนุกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบ LTC 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบงาน 1 คน ตัวแทนผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่ 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้จัดการระบบระบบ LCT 1 คน โดยมีทีมถอดบทเรียนเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ประเด็นการสนทนาเกี่ยวกับนโยบายการดูแลระยะยาว รูปแบบการดำเนินงาน บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลไกการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ปัจจัยของความล้มเหลว ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา โดยการสนทนาในแต่ละพื้นที่ใช้เวลาประมาณ 120-150 นาที ทั้งนี้มีการจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่ม

5. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบระดับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการเก็บข้อมูลไม่ได้เป็นไปตามแผนที่วางไว้เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 จึงเก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์รายบุคคลจนครบ 7 จังหวัด และให้ส่งข้อมูลเพิ่มเติมตามประเด็นด้วยอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตและการจดบันทึก ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลนำเชื่อถือเพียงใด มีความหมายอย่างไรสมควรต้องเก็บเพิ่มเติมหรือไม่ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ทีมถอดบทเรียนทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากเทคนิคการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ แล้วนำข้อมูลในประเด็นเดียวกันมาเปรียบเทียบและบูรณาการข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อดูลักษณะความเป็นไปได้ (Degree and nature of compatibility) และพิจารณาอย่างรอบคอบในการตีความหมาย (Interpretation)¹⁴ ซึ่งได้บูรณาการข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ แล้วนำมาบันทึกพร้อมทั้งพิจารณาการทำทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกกลุ่ม เพื่อนำมาประกอบการแปลความหมายร่วม

กับผลการถอดเทป นอกจากนี้ ใช้วิธีการตรวจสอบจากสมาชิก (Member Check) นำผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นเป็นข้อค้นพบเพื่อนำเสนอข้อมูลเป็นความเรียง

2. ข้อมูลทฤษฎีภูมิที่เป็นเชิงปริมาณที่ได้นำมาจัดหมวดหมู่และนำเสนอเป็นความเรียง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ลอบทเรียน

ข้อมูลทั่วไปเก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลทฤษฎีภูมิเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงผลได้ดังนี้

1.1 พื้นที่รับผิดชอบของ สปสช.เขต 8 อุดรธานี มีประชากรทั้งหมด 5,516,304 คนโดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 830,319 คน คิดเป็นร้อยละ 14.93 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 28,059 คน อยู่ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 6,138 คน จังหวัดนครพนมจำนวน 5,237 คน จังหวัดอุดรธานี 4,822 คน จังหวัดเลยจำนวน 3,255 คน จังหวัดหนองคายจำนวน 3,170 คน จังหวัดหนองบัวลำภูจำนวน 3,156 คน และจังหวัดบึงกาฬจำนวน 2,281 คน

1.2 ตำบลที่มีการจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2563 รวมทั้งหมด 673 แห่ง จากจำนวนอปท.ทั้งหมด 716 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.99 มีจำนวนตำบลที่ได้รับประเมินผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล LTC) ทั้งหมด 591 แห่ง ซึ่งหมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อทั้ง 7 องค์ประกอบ และไม่ผ่านเกณฑ์ตำบล LTC จำนวน 53 ตำบล ข้อที่ไม่ผ่านส่วนมากเป็นประเด็นการมีระบบการประเมิน การคัดกรองปัญหาสุขภาพ ข้อมูลผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวไม่ครบถ้วน การมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุ

1.3 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC Manager หรือ CM) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มี CM จำนวนรวมทั้งสิ้น 970 คน มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) จำนวน 9,239 คน สังกัดหน่วย

บริการสุขภาพจำนวน 9,031 คน โดยที่อัตราส่วนของจำนวน CM ต่อจำนวน CG ภาคทางการ รวมทั้งเขตเท่ากับ 1:9.5 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายจำนวน 23,866 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85 โดยที่จำนวนแผนการดูแลเฉพาะรายของจังหวัดนครพนมมีจำนวนสูงสุดคือร้อยละ 91.49 รองลงมาคือจังหวัดหนองบัวลำภูร้อยละ 91.48 จังหวัดสกลนครร้อยละ 86.23 จังหวัดอุดรธานีร้อยละ 81.74 จังหวัดบึงกาฬร้อยละ 81.34 จังหวัดหนองคายร้อยละ 80.57 และจังหวัดเลยร้อยละ 77.67 ตามลำดับ

2. การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 แนวคิดและนโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แนวคิดของผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือผู้สูงอายุตามคุณลักษณะที่ประชาชนในพื้นที่เรียกว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เมื่อกล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นส่วนใหญ่ว่า ระบบการดูแลระยะยาวเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และการดูแลที่ไม่เป็นทางการ การดูแลระยะยาวจึงไม่ได้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิการทุพพลภาพ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพียงอย่างเดียว แต่การดูแลระยะยาวคือการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย

“เป็นนโยบายที่ดีมาก การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มจนถึงผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุโดย CM และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลัก โดยผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือ CG เป็นการดูแลให้เหมาะสมตามความจำเป็นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม

อย่างมีศักดิ์ศรี” (นายก อปท.) “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นภารกิจที่ได้บูรณาการทั้งแนวคิด วิธีปฏิบัติ การดูแล การติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติงานให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ถ้าพื้นที่ไหนมีความเข้าใจในระบบ LTC ก็จะทำให้เกิดผลประโยชน์แก่ชุมชนนั้น” (ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด)

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป้าหมายช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในการดูแลการฟื้นฟูการบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (CG)”

2.2 รูปแบบการดำเนินงาน

รูปแบบการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบเขต 8 อุดรธานี สามารถจำแนกรูปแบบการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรก คือ กลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการพัฒนา เช่น เทศบาลตำบลนาอ้อ จังหวัดเลย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดตั้ง “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” การดำเนินงานมีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รูปแบบที่สองอาศัยกลไกหน่วยบริการสุขภาพเป็นแกนหลักในการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการ เช่น เทศบาลตำบลตองโขบ ร่วมกับโรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร โดยที่เชื่อมโยงกับงานดูแลต่อเนื่องที่มีอยู่เดิมแล้ว มีผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง (COC) เป็นผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับอำเภอ และมีการกำกับติดตาม CM และ CG เป็นภาพรวมทั้งอำเภอโคกศรีสุพรรณ ส่วนบางพื้นที่ CM จะเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประสานงาน โดยทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ จะมีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานคณะกรรมการ ได้แก่ พื้นที่เทศบาลตำบลหนองบัวบาน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี องค์การบริหารส่วนตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์หมาก

แข้ง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ องค์การบริหารส่วนตำบลก้านเหลือง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม และเทศบาลตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

2.3 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1) สาธารณสุขจังหวัด บทบาทคือ จัดทำแผนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัด การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการกำกับติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง “เป็นผู้ประสานงานและขอความร่วมมือชี้แจงการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่ให้กับหน่วยงานต่างๆ เช่น อปท. รพ.สต. ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความมั่นใจ และให้ความร่วมมือรายงานความก้าวหน้า การดำเนินงาน โดยนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ รับทราบข้อมูลพื้นที่ๆ ดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย เพื่อจะได้ช่วยติดตามการดำเนินงานในพื้นที่” (ผู้รับผิดชอบ สสจ.)

2) สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขอำเภอเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC ในทั้ง 2 ส่วน คือทั้ง อปท. และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (รพ.สต.) โดยบทบาทเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพร่วมกับ อปท. เป็นคณะกรรมการกองทุน LTC โดยตรง และมีหน้าที่ในการตรวจสอบการจัดทำแผนงานโครงการ ในบางพื้นที่อนุมัติโครงการที่เกี่ยวข้องกับ LTC โดยสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ตรวจสอบโครงการ ตรวจสอบความถูกต้องในการใช้จ่ายงบประมาณ “เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน ให้คำปรึกษา CM ผู้ตรวจสอบโครงการความถูกต้องในการใช้จ่ายงบประมาณ” (สสอ.)

3) หน่วยบริการประจำ (ร.พ.ชุมชน) บทบาทหน่วยบริการประจำในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพส่วนใหญ่ยังแสดงบทบาทไม่ค่อยชัดเจน โดยสรุปบทบาทหน้าที่คือจัดบริการหรือบริหารการจัดบริการ ตรวจสอบประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิ

ประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายทอดนโยบายและการเป็นพี่เลี้ยง การกำกับติดตามเป็นบทบาทสำคัญของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรายที่มีความจำเป็นเร่งด่วน สมควรที่จะได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน “CM ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่อยู่ใน รพ.สต. เราเป็นที่ปรึกษาสนับสนุนตลอดจนลงพื้นที่ร่วมประเมินเยี่ยมผู้สูงอายุ” (ผอ.รพ.สต.)

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ร่วมให้ข้อมูล หมายถึง นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการ กอ.สว.สค.การสังคมและสิ่งแวดล้อม ปลัดเทศบาล จากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่างให้ข้อมูลว่า อปท. ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพ การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ

“หน้าที่หลักของท้องถิ่นคือการประสานงานร่วมกับ รพ.สต. ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลร่วมกับคณะกรรมการติดตามดูแลและรวบรวม Care Plan คณะกรรมการชุดใหญ่ได้พิจารณาอนุมัติงบประมาณติดตามเทศบาลตำบลหนองบัวบานโอนงบประมาณให้ รพ.สต. ติดตามรายงานการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายงานให้ผู้อนุมัติงบประมาณทราบ และมีการกำกับการบริหารจัดการข้อมูลจัดทำในรูปแบบ 3 เล้า คือ CM CG อปท. แล้วจึงบันทึกข้อมูล” (ผอ.กอสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลหนองบัวบาน)

6) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (CM) พบว่า CM ส่วนมากจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. บทบาทหน้าที่คือ การประเมินคัดกรองและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเสนอคณะกรรมการฯ ตรวจสอบความต้องการดูแล การวางแผนการดูแล รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม ติดตามการดำเนินงานของ CG

“ประเมินผู้สูงอายุ ร่วมจัดทำ care plan ผ่านการ conference case ซึ่งภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และหลักการทำงาน “มีอะไรคุยกัน ขยันทบทวน” เราจะมีการเชื่อมโยง ประสานงาน อย่างเป็นลำดับขั้นตอน กรณี case ที่มีปัญหา CG -> CM -> COC -> แพทย์” (CM รพ.บึงโขงหลง)

7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองคือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลที่ CM ได้มอบหมาย ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสม การฝึกออกกำลังกาย การช่วยญาติดูแลบาดแผล พลิกตะแคงตัว การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและบริเวณรอบบ้านของผู้สูงอายุให้เหมาะสม สรุปรายงานการปฏิบัติงานส่งให้แก่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุในอัตราส่วน CG 1 คน ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3-4 คน เยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย

“CG 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 3-4 คน โดยเข้าเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง เข้าใจว่าสุขภาพกาย และสุขภาพจิตต้องมาด้วยกัน เวลาลงเยี่ยมจะมีการพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ และดูแลตามสภาพปัญหาและการทำกิจวัตรประจำวัน” (CG เทศบาลตำบลนาอ้อ)

8) ภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายที่ร่วมให้การดูแล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน

จิตอาสาในชุมชนซึ่งส่วนหนึ่งทำหน้าที่เป็น CG ด้วย และให้การดูแลในบทบาท CG ติดตามการทำงานและรายงานปัญหาในกลุ่ม CG และกลุ่ม อสม. และช่วยแจ้งกรณีพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ เครือข่ายสถาบันการศึกษาเข้ามาร่วมดูแลผู้สูงอายุ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มุลินธิปรัชญา นันนิกขุ สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การศึกษานอกระบบมีบทบาทในการเข้าร่วมคือ ให้การอบรม CG สอนให้ความรู้การดูแลสุขภาพวิถีธรรม ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสาเข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุตามวิถีของชุมชน

2.4 กลไกการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เขตสุขภาพที่ 8 มีกลไกการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2 รูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบที่ 1 คือการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการกองทุน LTC โดยที่ให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลหรือกองทุนหลักแห่งต้งคณะกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” และรูปแบบที่ 2 คือการดำเนินงานโดยอาศัยกลไกการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเป้าหมายสำคัญคือ การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือรวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

2.5 ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1) ผลลัพธ์การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลพบว่าเทศบาลตำบลนาอ้อ จังหวัดเลย มีการขับเคลื่อนกองทุน LTC อย่างเป็นรูปธรรมในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เช่น มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมการส่งเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุสุขภาพดี การอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยให้ผู้สูงอายุที่มีความ

เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มาเป็นวิทยากร มีการจัดทำ Care Plan ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการดำเนินการของกองทุน LTC บุคลากรมีความภาคภูมิใจในผลการดำเนินงานและมีเอกภาพในการทำงาน ภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ส่วน CG มีความเข้มแข็งในการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเห็นได้ในหลายพื้นที่ที่ให้ข้อมูลว่า CG ทำด้วยใจมีจิตอาสาที่จะเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุถึงแม้ค่าตอบแทนจะน้อยและสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร และการติดตามการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ให้ความสนใจในการดำเนินการและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ รวมทั้งเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

2) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า โดยรวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงสม่ำเสมอและต่อเนื่องและยังมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลต่อไปและผู้สูงอายุตลอดจนสมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือในกิจวัตรที่จำเป็นที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสมาชิกในครอบครัวมีเวลาประกอบภารกิจอื่นๆ บ้างและมีสุขภาพจิตดีขึ้นจากการที่ได้รับการแบ่งเบาภาระ

2.6 ปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินงาน

1) ปัจจัยด้านนโยบายของส่วนกลางที่ชัดเจน มีคู่มือใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการมีขั้นตอนของแนวปฏิบัติชัดเจน ตลอดจนการมีนโยบายในการกำกับติดตามซึ่งส่งผลให้ระดับปฏิบัติมีความรู้และความเข้าใจและสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ปัจจัยด้านบุคลากร มีอัตรากำลังที่เพียงพอ บุคลากรมีความเข้าใจนโยบายและขั้นตอนการ

ปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับมีความเข้าใจในการกำหนดแผนงาน ผู้บริหารขององค์กรส่วนท้องถิ่นเข้าใจในแนวนโยบายมีความมุ่งมั่นกำหนดเป็นนโยบายขององค์กรตลอดจนกำหนดระเบียบและกลไกการขับเคลื่อนการให้ขวัญกำลังใจ ในส่วนผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจและมีความเป็นจิตอาสาในการทำงาน ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความภูมิใจในการทำงาน และปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างคือ ผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุเห็นปัญหาาร่วมกัน ให้ความร่วมมือในการจัดบริการตามบทบาทของตนเอง เครือข่ายในชุมชนมีความเข้มแข็งและประชาชนในพื้นที่ให้ความสนใจในการดำเนินการและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ รวมทั้งเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3) ปัจจัยด้านงบประมาณ เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนในพื้นที่ที่มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเสนอไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการโอนเงินลงหน่วยบริการจะมีการขับเคลื่อนและผู้สูงอายุได้รับตามชุดสิทธิประโยชน์ที่พึงได้

4) ปัจจัยด้านการกำกับติดตาม การกำกับติดตามนี้จะทำให้เกิดการพัฒนา และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบแนวปฏิบัติ นำสู่การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) ปัจจัยด้านบริบทพื้นที่ ประเพณี วัฒนธรรม วิถีชีวิตที่เกื้อกูลกัน พึ่งพาซึ่งกันและกันสิ่งเหล่านี้ได้เข้ามาช่วยสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งมิติทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเทคโนโลยี ความเจริญของเทคโนโลยีสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการรายงานการติดตามการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อสื่อสารและเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

“คิดว่าความสำเร็จของการดำเนินงานมาจากภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญและพร้อมให้การสนับสนุน เช่น บุคลากร งบประมาณ การประสานงานเพื่อให้ความช่วยเหลือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญใน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในท้องถิ่น การสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ การให้ความร่วมมือการหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต. ในการขับเคลื่อนงาน และ CG มีจิตอาสาและมีความตั้งใจการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และเป็นพื้นที่พร้อมเรียนและพัฒนาตนเอง” (สาธารณสุขอำเภอ)

2.7 ปัญหา อุปสรรค

1) ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าในบางพื้นที่แม้จะมีการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้เห็นเชิงประจักษ์แล้วก็ตาม แต่ไม่พบว่ามีภารกิจอย่างงบประมาณเนื่องจากขาดความเข้าใจในระเบียบข้อบังคับ ส่วนในตัว CM ก็ยังขาดความเข้าใจขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) ความเข้าใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุยังมุ่งเน้นงานประจำและไม่ได้มีการสื่อสารหรือมีส่วนร่วม ขาดการบูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

2) การบูรณาการและการถ่ายทอดนโยบาย บางพื้นที่ไม่มีการถ่ายทอดแนวทางดำเนินงานลงสู่ผู้ปฏิบัติหรือการถ่ายทอดไม่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ ขาดการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. กับ อปท. เนื่องจาก อปท.บางแห่งไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง (ไม่มีกองสาธารณสุข) ทำให้ไม่มีความต่อเนื่อง

3) การรายงาน LTC ต้องรายงานหลายหน่วยงาน ซึ่งมีหลากหลายระบบและหลายขั้นตอนไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้ผู้ปฏิบัติ

วิจารณ์และสรุป

นโยบายและแนวคิดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจครอบคลุมผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนการดูแลนั้นเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำ

วัน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของวิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ¹⁵ แสดงให้เห็นถึงบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งมีความรู้และเข้าใจเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการให้ความหมายของสำนักงานหลักประกันแห่งชาติที่ว่า การดูแลระยะยาวเป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่าและมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่¹⁶

รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 8 อุดรธานี มีทั้งการดำเนินงานภายใต้กลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการพัฒนาเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรูปแบบที่สองอาศัยกลไกหน่วยบริการสุขภาพเป็นแกนหลัก ดำเนินงานในรูปแบบอนุกรรมการ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้จะมีความแตกต่างกัน แต่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติให้กับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การใช้จ่ายเงินสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง¹⁷ โดยมีความแตกต่างในประเด็นการบริหารงบประมาณเท่านั้น ในขณะที่เป้าหมายในการดำเนินและผลลัพธ์การดำเนินงานมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจรและทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูง

อายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อปท. และชุมชน โดยมีการทำงานร่วมกันในรูปภาคีหรือหุ้นส่วนในพื้นที่แต่ละองค์กรมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน โดยหน่วยบริการประจำ มีฐานะเป็น “เจ้าภาพ” เพราะรับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรงส่วน อปท. ทำหน้าที่เป็น “เจ้ามือ” เพราะมีศักยภาพในการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อการดำเนินงานและการจัดกิจกรรม และ ชุมชนมีบทบาทเป็น “เจ้าของ” เพราะชุมชนมีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ เป็นเจ้าของพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภาณี ศรีหภาพ และคณะ¹⁸ ที่ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุนานาชาติในชุมชนอีสาน ได้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างองค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ ทำให้สามารถขับเคลื่อนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสู่การปฏิบัติและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานพบว่าภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารทุกระดับตลอดจน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์กรท้องถิ่นบุคลากรสาธารณสุขและประชากรในพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญ และมีระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้เกิดกระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ ตลอดจนการได้รับการส่งเสริมสนับสนุน การได้รับขวัญและกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ¹⁹ ที่พบว่าความสำเร็จและความเข้มแข็งของงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับนโยบาย วิสัยทัศน์ ศักยภาพ และความรู้ความเข้าใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษานี้ที่พบว่า

ปัจจัยของความสำเร็จของการดำเนินงานได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหารทุกระดับ ผู้บริหารขององค์กรส่วนท้องถิ่นเข้าใจในแนวนโยบายมีความมุ่งมั่น กำหนดเป็นนโยบายขององค์กร มีการให้ขวัญกำลังใจ ความเป็นจิตอาสาในการทำงานจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การมีวิถีชีวิตที่เกื้อกูลกัน พึ่งพาซึ่งกันและกันได้เข้ามาช่วยสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในทุกมิติและการที่ประชาชนมีความตื่นตัว ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประชาชนเข้ามามีส่วนรวมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ร่วมแสดงความคิดเห็น ค้นหาปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรรณาทอง กาวแก้ว²⁰ ที่ผลการวิจัยพบว่า บทบาททางสังคม การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ผลลัพธ์การดำเนินงานพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นตามแผนการดูแล ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และด้านสังคม ที่เหมาะสมกับความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุและครอบครัว ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน ทรรศน์แก้ว²¹ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร สอนเรือง และคณะ²² ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า การทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และการทำงาน

ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากข้อค้นพบประเด็นความรู้ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องแนวคิด นโยบาย ขั้นตอน แนวปฏิบัติ ตลอดจนการเบิกจ่ายงบประมาณ ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพให้คณะอนุกรรมการ สปสช.เขต 8 ควรจัดให้มีการชี้แจงและสื่อสารกับผู้ปฏิบัติเป็นรายจังหวัดหรือรายคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2. จากข้อค้นพบว่าการทำงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดการบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอให้มีการบูรณาการฐานข้อมูลเข้าด้วยกันให้สามารถเรียกดูรายงานหรือข้อมูลได้ครบถ้วนจากโปรแกรมเดียวเพื่อลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ

3. มีข้อค้นพบประเด็นบุคลากร CM ไม่เพียงพอ ควรมีการประสานงานในระดับนโยบายเพื่อการพัฒนา CM ตลอดจนปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์การปฏิบัติงานจริง

4. การบริหารจัดการงบประมาณ การเบิกจ่ายงบประมาณ ควรมีการปรับปรุงระเบียบวิธีของศูนย์หรือกองทุนหรือหน่วยบริการให้สอดคล้องและง่ายสะดวกต่อการปฏิบัติงาน

5. ระบบสารสนเทศ ควรมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยและเข้าถึงได้ง่ายเพื่อการบริหารจัดการผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับควรสนับสนุนให้เกิดกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุและครอบครัว CM และ CG ผู้รับผิดชอบงาน LTC ทั้งระดับตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นประโยชน์ ขอบขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ปริ้นท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการโดยตำบล LTC เป็น Entry point [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/download_count.php?id_f=40
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การดูแลระยะยาว [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf
4. งามเนตร เอี่ยมนาคะ. รายงานการศึกษาส่วนบุคคลนโยบายบูรณาการด้านการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ชมพูนุท พรหมภักดี. รายงานการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ของผู้สูงอายุ 2559. นครปฐม: โรงพิมพ์ปริ้นท์เตอร์; 2560.
7. ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, เพชรา ชวนะพันธุ์. ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
8. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2553.
9. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545–2564 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550–2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
10. วรเวชม์ สุวรรณระดาและคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการการประเมินผลการดำเนินงานโครงการขยายผลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
11. สภาพัฒน์แห่งชาติ. วาระปฏิรูปที่ 30: การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2558.
12. ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, เพชรา ชวนะพันธุ์. ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. สระบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://hpc4.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1144
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>

14. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 1: คู่มือปฏิบัติการการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคน
องค์กร ชุมชน สังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย และภาควิชา
เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
15. วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบ
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
17. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเรื่องการเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการ
สาธารณสุข สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนสุขภาพ
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;
2561.
18. ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
อีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [https://kb.hsri.
or.th/dspace/handle/11228/4888?locale-attribute=th](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4888?locale-attribute=th)
19. วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการการประเมินผลการดำเนินงาน
โครงการขยายผลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์;
2557.
20. วรณา ทองกาวแก้ว. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่นในจังหวัดยะลา. ว. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2554;3(1):16-32.
21. ยุพิน ทรัพย์แก้ว. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2558;9(2):1-12.
22. ภาสกร สวนเรืองและคณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้ต้นนโยบาย
การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. ว. วิจัยระบบ
สาธารณสุข 2561;12(3):437-451.