

รูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว ในบริบทประเทศไทย

Care Service Model for Dependent Older Persons in Long-Term Care Institution in Thailand

วาสนี วิเศษฤทธิ์¹ รังสิมันต์ สุนทรไชยา^{2*} ศิริพันธ์ สาสัตย์³ ถาวร สกุนพานิชย์⁴

Wasinee Wisetrith¹ Rangsiman Soonthornchaiya^{2*} Siriphan Sasat¹ Thaworn Sakunphanit³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

¹Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

²Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand, 12120

³สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี 11000

³Deputy Director, Health Insurance System Research Office, Health system institute Nonthaburi Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีประสบการณ์ในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 48 คน ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสังเกตการจัดบริการในสถานบริการภาครัฐและเอกชนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาล สถานบริบาล สถานสงเคราะห์ และบ้านพักมูลนิธิ ร่วมกับสังเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีได้แก่ รายงานประจำปี ผลประกอบการ แผนการจัดกิจกรรมและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ได้รับอนุญาตให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1. รูปแบบการจัดบริการระยะยาวในสถานดูแลระยะยาว (Long term care institution) ในประเทศไทย แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) สถานสงเคราะห์คนชรา/บ้านพักของมูลนิธิเอกชน 2) สถานบริบาลผู้สูงอายุภาคเอกชน และ 3) โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน รูปแบบบริการทั้ง 3 มีลักษณะแตกต่างกันในประเด็นการดูแลด้านสุขภาพ กล่าวคือ ในสถานสงเคราะห์คนชราหรือบ้านพักของมูลนิธิเอกชน เน้นการดูแลเชิงสังคมเป็นส่วนใหญ่ เริ่มต้นด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยและไม่มีผู้ดูแล ต่อมาปรับเป็นการดูแลสุขภาพตามความต้องการ ในสถานบริบาลผู้สูงอายุภาคเอกชน เริ่มต้นด้วยการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยป่วยเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการดูแลและครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้ ส่วนในโรงพยาบาลเน้นการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยเฉพาะ 2. ลักษณะการจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม การประเมินจัดประเภทผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย การดูแลด้านสังคมและสังคมสงเคราะห์ ซึ่งแต่ละรูปแบบได้ดำเนินการตามความรู้และประสบการณ์ของผู้บริหารและปฏิบัติในระบะแรกและจากการศึกษาดูงานในบริบทอื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ต่อมาภายหลังได้ปรับปรุงตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ได้แก่ รูปแบบการดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา/บ้านพักของมูลนิธิเอกชนและโรงพยาบาล ส่วนในสถานบริบาลเองไม่มีกฎหมายข้อกำหนดด้านมาตรฐานการดูแลระยะยาวจากหน่วยงานภาครัฐ แต่ละแห่งจึงกำหนดขึ้นมาเองโดยเทียบเคียงกับข้อกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล

Corresponding Author: *E-mail: wwasinee.w@gmail.com, กลุ่มการวิจัยดูแลระยะยาว

วันที่รับ (received) 7 ธ.ค. 61 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 ก.พ. 62 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 ก.พ. 62

เนื่องจากยังไม่ได้มีการจัดทำมาตรฐานกลางหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการดูแลระยะยาว ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวและกำหนดกลไกการกำกับมาตรฐานให้เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลระยะยาวทั้งด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานการดูแล และมาตรฐานผลลัพธ์ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในบริบทสังคมไทย

คำสำคัญ: รูปแบบบริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สถานดูแลระยะยาว ประเทศไทย

Abstract

The qualitative research was to explore the care service model for dependent older persons in long-term care institution in Thailand. Forty-eight participants who experienced managing care for dependent older persons were involved in the northern, the northeastern, the southern, the central and Bangkok Metropolitan region. Data collection included focused-group discussion with observation on providing service in government and private settings and secondary data such annual report, the activities and the documents which permitted. Those were hospitals, nursing homes, welfare homes, and the foundation homes. Content analysis was used to analyze data.

Findings included: 1) Three formal long-term care service model of institution were the welfare homes for older adults/ the private foundation homes, the private nursing home, and the government and private hospital. The characteristics of care services were health care issues. The care service model of welfare homes for older adults/ the private foundation homes focused on social care. The initiative objective was to assist older adults who were homeless and lacked of caregivers. Later, when the health care needs of older adults had been increased, providers improved care services along with changed care needs. For the private nursing home, the beginning phase was to manage care for older adults who took less self-care; and then an increase of care management with care needs was granted. In contrast, the long-term care service model of the hospitals emphasized health care management of older adults with dependent care. 2) Care service management in long-term care institutions were the assessment for classification of older adults, physical health management, and social care and social welfare. All the services were organized by using experiences and learning from the examples of the institution in Thailand or abroad. The care standard deepened on their perceptions and their institutions, not specify for long term care institution. Suggestions included the long-term care system should be improved to meet care standard, dependent older adults' needs, and Thai socio-culture surroundings.

Keywords: care service model, dependent older adults, long-term care institution

บทนำ

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ภาวะโรคเรื้อรัง^{1,2} ในขณะเดียวกันยังไม่มีกำหนดมาตรฐาน การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน และยังขาดองค์การที่รับผิดชอบในการกำกับดูแล และรับผิดชอบสถานบริการที่ชัดเจน^{3,4} การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ดังที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 10⁵ ที่กล่าวว่า “เพื่อให้การคุ้มครอง ผู้รับบริการให้ได้รับความปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเป็นสิทธิตาม กฎหมายของผู้บริโภค” จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการ พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการเพื่อ นำไปสู่การพัฒนาการประกันคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ และเพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

มาตรฐาน หมายถึง กรอบในการพัฒนาการดูแลของ สถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความสุขทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมี สิทธิของตนเอง โดยมีเป้าหมายสูงสุดก็คือการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานบริการ ซึ่งในการกำหนดกรอบ มาตรฐานด้านคุณภาพบริการ มีองค์ประกอบที่ครอบคลุม ทั้ง ด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้างและด้านสิ่งแวดล้อม มาตรฐาน กระบวนการและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และมาตรฐานเชิง ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และจะต้อง สอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้ บริการ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (perceive quality) และมาตรฐาน เชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ (quality of conformance) การกำหนดมาตรฐานของสถานบริบาลดังตัวอย่างในประเทศ สหรัฐอเมริกา^{6,2} มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน และดัชนีชี้วัดคุณภาพของสถานบริบาล เช่น การใช้แบบประเมิน Minimum Data Set (MDS) ในการประเมินและคัดกรองผู้พัก อาศัยในสถานบริบาล MDS เป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานและ ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการ ดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลในประเทศไทย จึงควรมีการพัฒนา มาตรฐานการดูแล (care standard) ผู้สูงอายุในสถานบริบาล โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาเครื่องมือ

ประเมินมาตรฐานและดัชนีชี้วัดคุณภาพของสถานบริบาลใน บริบทของประเทศไทยเช่นกัน^{3,7}

เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพาในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ นำไปสู่การพัฒนาการประกันคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ ซึ่งต้องการการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับลักษณะบริการการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นพื้นฐาน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย ผลการศึกษา ที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเสนอแนวทางพัฒนา มาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในสถานดูแลระยะยาว ในบริบทของประเทศไทยให้มีความ เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวใน ประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นส่วน หนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานและแนวทาง การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว” ดำเนินการศึกษาใน 5 ภาคของประเทศไทย คือ ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัด นครราชสีมา ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัด สงขลา และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ในแต่ละภาค จำนวน 48 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรที่สาขาวิชาชีพรับรอง เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นัก จิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการสถานดูแล ระยะยาว ได้ปฏิบัติงานในสถานบริการระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือนและมีความยินดีให้ความร่วมมือในการให้ ข้อมูล ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ที่รับผิดชอบ โดยตรงหรือพึ่งย้ายเข้ามารับตำแหน่ง 2) ผู้ที่อาจได้รับผล

กระทบหรือได้ประโยชน์ เช่น เจ้าของกิจการ ผู้ปกครองสถาน
สงเคราะห์ ผู้อำนวยการและผู้บริหารสถานดูแล ตัวแทนผู้สูงอายุ
และญาติผู้รับบริการ เป็นต้น

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแนวคำถามการสนทนากลุ่ม
สมุดบันทึกและอุปกรณ์ ดังนี้ 1. แนวคำถามเกี่ยวกับความเห็น/
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการในปัจจุบัน
ตัวอย่างคำถามหลัก เช่น “รูปแบบบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทยในปัจจุบัน
เป็นอย่างไร?” “การจัดบริการด้านการดูแลมีลักษณะอย่างไร?”
คำถามย่อย เช่น “คุณลักษณะบุคลากรเป็นอย่างไร” “มีจำนวน
บุคลากรเท่าไรเพียงพอกับความต้องการดูแลหรือไม่” “ลักษณะ
งาน มีการจัดให้บริการอะไรบ้าง” “การให้บริการได้
มาตรฐานหรือไม่ อย่างไร?” คณะผู้วิจัยประชุมจัดทำแนวคำถาม
ในการสนทนากลุ่ม แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญใน
งานวิจัยเชิงคุณภาพและการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ
แล้วนำมาปรับแก้ไขข้อคำถาม ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ให้
ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อปรับการใช้ภาษาในการสนทนา ก่อน
นำไปใช้จริง 2. สมุดบันทึกและอุปกรณ์ เป็นการจดบันทึกข้อมูล
ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ประกอบกับการสังเกตลักษณะของผู้
ให้ข้อมูลและใช้เครื่องบันทึกเสียงร่วมด้วย

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม 5 ภาควิชา ละ
1 กลุ่มๆ ละ 6-10 คน ระยะเวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2-3
ชั่วโมง โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม คือ คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้มี
ประสบการณ์ทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการสนทนากลุ่ม
มาก่อน โดยเป็นผู้ถามคำถามต่าง ๆ ด้วยตนเอง ดำเนินการ
สัมภาษณ์ร่วมกับขออนุญาตบันทึกเสียง และวิเคราะห์ข้อมูล
ระหว่างสนทนากลุ่มของแต่ละภาคจนได้เนื้อหาข้อมูลซ้ำ ๆ
กันจึงยุติการดำเนินการสนทนากลุ่ม และทำเช่นนี้จนครบ
ทุกภาค ร่วมกับการลงพื้นที่ไปสังเกตการจัดบริการ และรวบรวม
ข้อมูลจากเอกสารรายงานประจำปี แผนการดำเนินงานกิจกรรม
รายงานการประเมินผลที่ได้รับอนุญาต

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา
ภายหลังการถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง และพิมพ์ข้อมูล
แบบคำต่อคำแล้ว คณะผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อให้เกิดความ
เข้าใจในภาพรวมและอ่านทวนซ้ำๆ ของข้อมูลทั้งหมดเพื่อสกัด

ประเด็นสำคัญของรูปแบบบริการและการจัดบริการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว นำข้อมูลที่สกัด
ได้นั้นมาจัดกลุ่มที่มีความหมายและหาความเชื่อมโยง
ระหว่างประเด็นสำคัญและประเด็นย่อยต่างๆ การตรวจสอบ
ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย⁸
โดยการตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนอ่านข้อมูลจากการถอดเทป
แล้วได้ข้อมูลเหมือนหรือต่างกันอย่างไร ในการศึกษาครั้งนี้
พบว่าข้อมูลที่ได้จากการอ่านของคณะผู้วิจัยมีความสอดคล้อง
กันเป็นส่วนใหญ่

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการ
พิจารณาอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

จริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 017.1/56 วันที่รับรอง
14 มิ.ย. 2557 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบาย
วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย คำตอบหรือ
ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอ
ในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประกอบไปด้วย 1. รูปแบบการจัด
บริการดูแลระยะยาว 2. ลักษณะการจัดบริการ 3. การดูแล
ระยะยาวและมาตรฐานการดูแลระยะยาว 4. ผลลัพธ์การจัด
บริการ และ 5. กลไกการควบคุมกำกับติดตามมีรายละเอียด
ดังนี้

1. รูปแบบการจัดบริการ การดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว (Long term care
institution) จากการศึกษาพบว่าแบ่งเป็น 3 ลักษณะ

1.1 การจัดบริการระยะยาวในสถานสงเคราะห์
คนชรา บ้านพักของมูลนิธิเอกชน

ลักษณะการจัดโครงสร้างโดยทั่วไปคล้ายคลึงกัน
ทั่วประเทศมีทั้ง สถานสงเคราะห์ที่โอนย้ายไปอยู่กับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานสงเคราะห์ที่ยังไม่ได้โอนย้าย
เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชราโดยปกติแล้วไม่ได้เป็นการจัด
เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพตั้งแต่ในระยะแรก
ส่วนใหญ่เป็นการดูแลเชิงสังคม แต่ต่อมาผู้สูงอายุมีความชรา
และบางส่วนมีภาวะพึ่งพิง เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น
ปัจจุบันสภาพของผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่ม B และ กลุ่ม C

(กลุ่มพึ่งพิงในระดับมากถึงมากที่สุด) ซึ่งมีความต้องการดูแลมากทางสุขภาพมากขึ้น การดูแลที่ทำได้ดีและมีมาตรฐานคือการดูแลเชิงสังคม ในขณะที่กลุ่ม B และ C มีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าในอดีต และมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้นตามภาวะการพึ่งพิง แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนลักษณะการการดูแลในรูปแบบบ้านพักของมูลนิธิก็เช่นกันรับดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง แต่ปัจจุบันความต้องการทางด้านสุขภาพมากขึ้นจึงพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

“...กลุ่ม B และ C ซึ่งนอนติดเตียงมีภาวะพิการและหลงลืม... การตัดสินใจรับผู้สูงอายุอยู่ที่นักสังคมสงเคราะห์... ระยะเวลาที่มีฝ่ายการพยาบาลเพิ่มขึ้นจะใช้การพิจารณาร่วมกัน ลักษณะการจัดเตียงจะเหมือนสถานสงเคราะห์ทั่วไปไม่สามารถทำได้ตรงตามมาตรฐาน เพราะต้องเว้นช่องว่างไว้สำหรับรถเข็นงบประมาณส่วนนี้ได้รับการสนับสนุนเฉพาะกิจจากกระทรวงมหาดไทย โดยฝ่ายพัฒนาชุมชนเป็นคนเสนอขอให้ปัญหาการใช้หมวดหมู่เฉพาะกิจ จะมีปัญหาในเรื่องของงบ ครุภัณฑ์ เนื่องจากต้องมีหลักฐานที่ชัดเจน ณ วันนั้นในระยะห้าปีย้อนหลัง ทางศูนย์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะอัลไซเมอร์ มีจำนวนเพิ่มขึ้น”

1.2 การจัดบริการระยะยาวในภาคเอกชน ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing home)

ลักษณะการจัดบริการในสถานบริบาลนั้นมีวัตถุประสงค์ชัดเจนว่าเปิดรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพและครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลตามลำพังได้ เช่นเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ส่วนใหญ่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบทั้งหมด และเน้นกิจกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพ มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมงผู้ดูแลหลักจะเป็นนักบริบาล แต่การเปิดให้บริการจะยังไม่มีมาตรฐานกลางที่จะใช้เป็นแนวทางจึงมีลักษณะแตกต่างหลากหลาย การออกแบบการจัดบริการตามประสบการณ์ที่ได้ดูแลญาติและศึกษาเพิ่มเติมโดย อิงการจัดบริการตามแบบสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริบาลมากที่สุด อย่างไรก็ตามด้วยนโยบายของรัฐบาลที่มีการส่งเสริมให้ภาคเอกชนที่สนใจเปิดบริการดูแล ประกอบกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงส่งผลให้ภายในระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมาเปิดบริการจำนวนมากขึ้น ขยายสาขามากขึ้นทั้งในต่างจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

“ลักษณะเนอร์สซิงโฮม ก็จะเป็นบ้านเป็นหลักๆ จะเน้นว่าให้คนไข้ที่เข้าไปอยู่เนี่ยคือจะอยู่ในลักษณะเป็นแบบว่าบ้านของตัวเองนะค่ะไม่ใช่ลักษณะเหมือนโรงพยาบาลค่ะ ก็คือให้คนรู้สึกเหมือนอยู่บ้านของตัวเองจะเป็นบ้านเป็นหลัก ก็จะมีบริเวณค่อนข้างกว้างนะค่ะแล้วก็เน้นมีการปลูกต้นไม้ต้นไม้เยอะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีเหมือนกับว่ามาตรวจเยี่ยมโดยปกติ อาทิตย์ละ 1 ครั้งแต่ที่เราจะไม่ได้ให้การรักษานะค่ะก็จะเป็นการตรวจเยี่ยมเป็นการ consult ปกติทั่วไป แล้วก็มีการพยาบาล 2 ท่านก็หมุนเวียนมาด้วยกันก็อาทิตย์ละวัน ในส่วนของนอพงงานก็จะเป็นน้องผู้ช่วยพยาบาลเราก็จะมีการขึ้นเวรกัน 12 ชั่วโมง”

1.3 การจัดบริการระยะยาวในโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน

รูปแบบการจัดในลักษณะนี้มีในโรงพยาบาลเพียงบางแห่งเช่น ในภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร เป็นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลสุขภาพและบางแห่งครอบคลุมการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ มีการดูแลที่ซับซ้อนการจัดการดูแลที่บ้านมีข้อจำกัด นอกจากนี้ผู้รับบริการบางส่วนไม่มั่นใจในคุณภาพของสถานบริบาลที่เปิดอยู่ในจังหวัดต่างๆในแง่ของมาตรฐานและคุณภาพการดูแลจึงเข้ามาใช้บริการ ลักษณะการจัดเป็นหอผู้ป่วยที่ได้ปรับปรุงจากหอผู้ป่วยทั่วไปให้มีความเหมาะสมกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตามการจัดการโดยทั่วไปใช้รูปแบบของการจัดแบบโรงพยาบาล

“สำหรับของเราความเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเอกชน เราเป็นคนไข้ฟรีที่เป็น สปสช.ด้วย เมื่อเรารับอย่างนี้ก็เท่ากับเรารับสองขา ขาหนึ่งเอกชน ขาหนึ่งรัฐบาล เพราะฉะนั้นเมื่อเราทำงานเราจะต้องทำตามเกณฑ์ของภาครัฐด้วย...เมื่อมีผู้พิการหรือผู้สูงอายุเนี่ยะ โรคก็จะเยอะขึ้น พอเยอะขึ้นปั๊บเค้าจะต้องเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และอยู่กันยาว เพราะเรา रिเฟอร์ออกไม่ได้ พोरิเฟอร์ ออกไม่ได้ก็ต้องอยู่กันยาว ที่นี้เราจะต้องมาพัฒนาจัดพื้นที่บางส่วนสำหรับผู้สูงอายุ เพราะบางคนเนี่ยะเราจะบอกว่า แอดมิทได้ 30 วัน นะแล้วก็กลับ แต่พอเอาเข้าจริงแล้วเนี่ยะญาติไม่รับกลับ พอกลับไปแล้วทำอะไรไม่ได้”

2. ลักษณะการจัดบริการการดูแลระยะยาว

ลักษณะการจัดบริการดูแลจัดบริการตามรูปแบบทั้ง 3 รูปแบบข้างต้นประกอบไปด้วยสถานที่ให้บริการ 1) ด้านโครงสร้างทางกายภาพและการจัดสิ่งแวดล้อม 2) ด้านอัตรา

กำลังและสมรรถนะของบุคลากร 3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งวิชาชีพ และไม่ใช้วิชาชีพ 4) ผลลัพธ์การจัดบริการ และ 5) กลไกการควบคุมกำกับติดตาม เป็นต้นนี้ รูปแบบการดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะสถานบริบาลที่เปิดช่วงแรกๆ จะเปิดการดูแลควบคู่กันระหว่าง กลุ่มผู้สูงอายุและเด็ก แต่ปัจจุบันความต้องการกลุ่มเด็กน้อยลงมาก และมีความต้องการกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า พบว่าในระยะเวลา ประมาณ 2-3 ปีที่ผ่านมา มีความต้องการการดูแลมากขึ้น มีจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับบริการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สถานบริบาลหลายแห่งขยายบริการเพิ่มขึ้น ส่วนสถานสงเคราะห์ก็เช่นเดียวกันเดิมทีเป็นการจัดสงเคราะห์เน้นการดูแลเชิงสังคมเป็นหลักต่อมาเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเสื่อมถอยของร่างกายและโรคเรื้อรังเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมอเสื่อมจึงต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้นรูปแบบการจัดเดิมจึงไม่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการดูแลที่เปลี่ยนไป

2.1 โครงสร้างทางกายภาพและการจัดสิ่งแวดล้อม

สถานบริบาลในระยะแรก ออกแบบเป็นอาคารคล้ายกับโรงพยาบาล แต่มีขนาดเล็กเป็นอาคารพาณิชย์ หรือปรับปรุงจากหอพัก บ้านพัก สถานบริบาลที่เปิดขึ้นใหม่ การออกแบบสถานที่สิ่งแวดล้อมจะออกแบบคล้ายบ้าน เช่น จัดเป็นบ้านแต่ละหลัง ด้วยเหตุผลว่าการดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ในสถานที่บรรยากาศคล้ายบ้านของตนเอง ไม่ใช่ลักษณะของโรงพยาบาล นอกจากนี้มีการปรับปรุงสถานที่ เนื่องจากไม่ได้มีการกำหนดตั้งแต่แรกว่าจะต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะของสถานที่มาก่อน อย่างไรก็ตามพยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความอบอุ่น สะดวกคล้ายบ้านให้มากที่สุด มีสัดส่วนแยกระหว่างผู้ป่วยแต่ละประเภทเพื่อสะดวกในการจัดการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการคือผู้สูงอายุซึ่งมีระดับการพึ่งพาและการได้รับการดูแลแตกต่างกัน และมีบางสถานบริบาลที่ให้บริการผู้สูงอายุในระยะพักฟื้นจากโรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายกระทั่งเสียชีวิต และเจ้าของกิจการบางแห่งยอมรับว่า การจัดบริการที่เป็นอยู่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม แต่ภายหลังจากการให้บริการจึงนำประสบการณ์และการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมมาปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามในประเด็นเรื่องการระบายอากาศ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ การกำจัดขยะ ยังไม่ได้กำหนดและจัดทำเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน

ตลอดจนยังไม่ได้มีการตรวจสอบประเมินโดยผู้ที่มีหน้าที่หรือองค์กรที่รับผิดชอบดูแลมาตรฐานดังกล่าวโดยเฉพาะ

“ก็เป็นเอาตึกเก่ามาพัฒนาตอนแรกก็เป็น 16 ห้อง ก็เป็นห้องเดี่ยวทั้งหมดเลยนะคะก็คือว่า ถึงจะเป็นคนไข้อะไรก็ตามก็สามารถอยู่ห้องเดี่ยวได้ แรกๆเนี่ยเราก็พยายามจัดยูนิตให้คล้ายบ้านนะคะ ให้คล้ายบ้านแต่มันก็ยังไม่เหมือนเลยที่เดียวนะคะแล้วก็ถ้าเป็นคนไข้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายเราก็จะส่งเข้ามาอยู่ทีวอร์ดนั้นนะคะ ก็มีพัฒนาการเรื่อยๆนะคะหลังๆนี้เราก็ลดจำนวนห้องลงนะคะตอนนี้เหลือ 10 ห้องนะคะ แต่ว่าห้องที่เหลือเราไปทำอะไร เราเอาไปทำเป็นห้องที่แบบเป็นห้องพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น เป็นห้องศิลปบำบัด หรือห้องเครื่องมือแพทย์ ห้องอะไรที่เสริมบริการให้คนไข้ในจุดนั้นนะคะ แล้วก็ลักษณะของเราเนี่ยเราจะพยายามเน้นข้างนอกให้เป็นธรรมชาติที่สุด”

ประเภทผู้รับบริการ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง แบ่งเป็น 3 ประเภท ประเภทที่ 1 พoczyเหลือตัวเองได้ ประเภทที่ 2 รัสึกตัวแต่ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ประเภทที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) สถานบริบาลบางแห่งเปิดให้บริการแบบศูนย์ดูแลกลางวัน ไปเข้าเย็นกลับแต่ส่วนใหญ่จะรับดูแลตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้บางแห่งยังได้รับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือยังไม่มีความพร้อมในการกลับไปดูแลพลที่บ้าน โดยรับมาในลักษณะพักฟื้นจนกระทั่งญาติสามารถดูแลได้ก็จะรับกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลในระดับมากและครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้

“ของเราแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ สามัญ กับพิเศษ สามัญ คือ ช่วยเหลือตัวเองได้ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่วนในการแบ่งผู้สูงอายุ เราแบ่งเป็นเกรด มีเกรด A B C เกรด A คือ ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด B คือ กังๆ C คือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง”

อุปกรณ์และเทคโนโลยีโดยทั่วไปเป็นอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการช่วยเหลือดูแลโดยทั่วไปซึ่งมีไม่เพียงพอ เช่น รถเข็น อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น อุปกรณ์การใช้ออกซิเจนและเครื่องตรวจระดับน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องช่วยดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น อุปกรณ์บางอย่างอาจจะไม่จำเป็นสำหรับสถานบริบาล หรือในสถานสงเคราะห์ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ

และสหวิชาชีพประจำ อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานชัดเจนว่าควรจะมีอุปกรณ์ประเภทไหนอย่างไรที่จะเหมาะสมสำหรับการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุระยะยาว

“มีอุปกรณ์ที่จำเป็นที่จะต้องมียะ จะมีการปะเป่าแอมบูแบค แล้วก็เราต้องฝึกน้องนะคะในเรื่องของการใช้อย่างถูกต้อง เพราะบางทีบางครั้งที่เราอยู่โรงพยาบาลบางทีไม่ได้จับอยู่บ่อยๆ บางทีผิดๆถูกๆเลยนะคะ เราก็จะมีการซักซ้อมกันอยู่อย่างสม่ำเสมอคะ แล้วก็อีกอันหนึ่งก็คือ เครื่องเจ้าน้ำตาล คือเป็นอุปกรณ์ทั่วไปนะคะ เครื่องเจ้าน้ำตาลแล้วก็ O2 sat แล้วก็เครื่องวัดความดัน ปุ๊ตท ต้องมีอยู่แล้วนะคะ แล้วก็ถึงออกซิเจนนะคะ มีทั้งเป็นแบบถ่วงแล้วก็แบบเครื่องผลิตออกซิเจน แล้วก็เครื่องดูดเสมหะคะ”

“เครื่องมือทางการแพทย์ เรื่องอุปกรณ์ที่จะฟื้นฟูเค้า มีความจำเป็นอย่างมาก เพราะในศูนย์เราเนี่ย นักกายภาพก็ไม่มี พยาบาลก็ไม่มี... สิ่งที่เราขาดก็คือ (1) ในเรื่องของพี่เลี้ยงสัดส่วนของพี่เลี้ยง (2) เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการเคลื่อนย้ายกลุ่ม B และ กลุ่ม C เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และอาหาร ซึ่งเราไม่สามารถแบ่งอาหารออกเป็น กลุ่มๆได้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่า ต้องกินอาหารอ่อนนะ”

2.2 อัตรากำลังและสมรรถนะของบุคลากร

ในสถานสงเคราะห์ทุกแห่ง ไม่มีบุคลากรวิชาชีพดูแลเป็นหลัก เช่น พยาบาลวิชาชีพและบางแห่งจ้างพยาบาลวิชาชีพบางเวลาไม่ได้อยู่ประจำ แต่จะมาดูแลอบรมแนะนำเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีเงื่อนไขทั้งในแง่กรอบอัตรากำลัง ความก้าวหน้าในตำแหน่ง บางแห่งยอมรับว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาระหนักภายหลังจากมาปฏิบัติงานไม่นานก็ขอย้ายออก ประกอบกับการโอนย้ายไปอยู่กับองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นเองยังไม่มีมาตรฐานชัดเจนในกรอบตำแหน่งงาน ความก้าวหน้า ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของการจัดบริการระยะยาวในสถานสงเคราะห์คนชรา คือขาดแคลนในระดับวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ หากเป็นระดับต่ำกว่าวิชาชีพ ได้แก่ พี่เลี้ยง สัดส่วนของพี่เลี้ยงกับจำนวนผู้สูงอายุในบางแห่งจำนวนพี่เลี้ยง 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 20 คน นอกจากนี้ยังขาดทักษะและความสามารถในการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่ม B และ กลุ่ม C ส่วนสถานบริบาลจะมีพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยพยาบาลประจำอยู่ 24 ชั่วโมง และมีนักบริบาลเป็นผู้ดูแลหลัก สัดส่วนของนักบริบาลต่อผู้สูงอายุภาวะพึ่งพามากถึงมากที่สุด จะอยู่ประมาณ 1: 5-6 หรือ 1: 3-5 ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการด้าน

สุขภาพเป็นหลัก นอกจากนี้สถานบริบาลบางแห่งยังประสบปัญหาการขาดแคลนนักบริบาลทั้งจากการลาออก และการผลิตที่ไม่เพียงพอเนื่องจากความต้องการในการเรียน และความก้าวหน้าในอาชีพภายหลังจากเรียนจบยังไม่ได้รับการยอมรับ ประกอบกับค่าตอบแทนและสวัสดิการขึ้นอยู่กับสถานบริบาลแต่ละแห่ง ไม่ได้มีการกำหนดชัดเจน สถานบริบาลบางแห่งได้จัดให้มีบุคลากรอื่นๆ ที่จัดให้อยู่ประจำส่วนใหญ่เป็นนักกายภาพบำบัดซึ่งมีทั้งอยู่เป็นพนักงานประจำเต็มเวลาและมาเป็นบางเวลาในบางแห่ง บางแห่งยังมีนักจิตวิทยาดูแลในการทำกิจกรรมบำบัด มีจิตอาสาที่เป็นเครือข่ายมาช่วยในการทำกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลด้านสุขภาพ ส่วนการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ใช้การจัดอัตรากำลังของโรงพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้รูปแบบการดูแลทั้ง 3 รูปแบบไม่ได้มีการกำหนดชั่วโมงการทำงานและอัตรากำลังที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจนของบุคลากรหลัก ตามประเภทของผู้สูงอายุและกิจกรรมการดูแลในแต่ละวัน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล เป็นต้น แต่กำหนดขึ้นจากสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนของผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียว

2.3 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรหลักในการดูแล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังไม่ได้ผ่านการอบรมการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีการส่งไปอบรมบ้างทั้งนี้ไม่ได้มีข้อกำหนดต่งนั้นสถานบริบาลแต่ละแห่งจึงไม่ได้มีแผนการฝึกอบรมหรือศึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ดูแลหลักหรือนักบริบาลก็เช่นเดียวกันมีการฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการดูแลในบางแห่ง ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของผู้บริหารงบประมาณการพัฒนาของแต่ละแห่ง

3. การดูแลระยะยาวและมาตรฐานการดูแลระยะยาว

ในสถานสงเคราะห์ การจัดการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แบ่งออกเป็น 1) การประเมินจัดประเภทผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือประเมินกิจวัตรประจำวัน 2) การดูแลสุขภาพร่างกายตามการเจ็บป่วยทางกาย และ 3) การดูแลด้านสังคมและสังคมสงเคราะห์ การประเมินจัดประเภทผู้สูงอายุในปัจจุบัน ใช้การสังเกตและคัดกรองสุขภาพของพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความสามารถในการทำชีวิตประจำวัน แบ่งประเภทของการดูแล แบ่งเป็น A) เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ B) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

และ C) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประเมินโดยนักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลที่เลี้ยง ส่วนการดูแลสุขภาพร่างกายเป็นการดูแลช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน การดูแลเหล่านี้ เป็นการดูแลเหมือนญาติ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การเดิน หลง เป็นต้น ส่วนการดูแลด้านสังคมและสังคมสงเคราะห์ เป็นการดูแลจัดให้มีกิจกรรมทางสังคม

ในสถานบริบาลและสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่เน้น การดูแลด้านสุขภาพเป็นหลัก ยังไม่ได้ครอบคลุมทุกมิติของ คุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้านอื่นๆ เช่น การกระตุ้นและฟื้นฟูสมอง การฝึกการควบคุมระบบขับถ่าย การ จัดการความปวด การป้องกันภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสภาพ จิตใจอารมณ์ ส่งเสริมจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคอง และระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

4. ผลลัพธ์การจัดบริการ

การประเมินผลลัพธ์การจัดบริการพบว่า แต่ละหน่วยงานที่ดำเนินการมีการประเมินของหน่วยงานตนเอง ในส่วนของ รัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนด ขึ้นจากมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ส่วนโรงพยาบาลใช้การ อ้างอิงเกณฑ์มาตรฐานจากระบบคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบัน รับรองคุณภาพโรงพยาบาล(สรพ) ซึ่งพบว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดหลาย ตัวไม่เหมาะสมกับรูปแบบการดูแลระยะยาว เมื่อเทียบกับการ รับรองมาตรฐานสากล ในสถานบริบาลที่เปิดให้บริการอยู่ไม่ได้ กำหนดไว้ชัดเจนว่าจะต้องประเมินผลลัพธ์ด้านใดบ้างอย่างไร แต่ละแห่งกำหนดขึ้นเองตามประสบการณ์และการศึกษาดูงาน และยอมรับว่าเรื่องมาตรฐานการดูแลทุกส่วนตั้งแต่โครงสร้าง กายภาพ มีข้อจำกัด ส่วนมิติการดูแลในที่ที่มีการจ้างพยาบาล วิชาชีพดูแลก็จะใส่ใจและคำนึงถึงการดูแลได้ดีกว่าเนื่องจากใน สถานบริบาลดำเนินการโดยภาคเอกชน การประเมินจึงกำหนด ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

5. กลไกการควบคุมกำกับติดตาม

การควบคุมกำกับมาตรฐานเฉพาะเจาะจงกับรูปแบบ และลักษณะการจัดบริการการดูแลระยะยาว (Long term care institution) ยังไม่สามารถกำหนดการควบคุมมาตรฐานอย่าง ชัดเจน เนื่องจากสถานสงเคราะห์ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ ภายใต้การดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมมนุษย์ ส่วนสถาน บริบาลของเอกชน ยังไม่มีการควบคุมมาตรฐานเนื่องจากไม่มี หน่วยงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน ยังไม่มีการประเมินคุณภาพ จากองค์กรภายนอกมีเพียงหนึ่งแห่งได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนที่

ดำเนินการจัดรูปแบบการดูแลระยะยาว ได้ขอรับรองและผ่าน มาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล จาก Joint Commission International (JCI)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลของการศึกษารูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทยสามารถ อภิปรายได้ดังนี้ การจัดรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทยมีทั้งรูปแบบที่เป็น ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นรูปแบบสถานสงเคราะห์ สถาน บริบาลและสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ซึ่งในสถานการณ์ ที่ผ่านมา การจัดรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ยังไม่มีความชัดเจน โดยส่วนใหญ่เป็นการดูแลตามศักยภาพ ของครอบครัว หรืออาสาสมัครในชุมชน หรือรูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยให้มีเครือข่าย ประสานงาน ระหว่างครอบครัวและหน่วยงานรัฐบาลในชุมชน¹⁰ และในการ สืบค้น ในอดีตพบว่า มีจำนวนสถานบริบาลภาคเอกชน ใน กรุงเทพมหานครจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือภาคกลาง และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 49.28, 30.43, 9.42 ตามลำดับ ส่วนในภาครัฐจัดเป็นสถานสงเคราะห์คนชราหรือ บ้านพักคนชราสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวง มหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระจายอยู่ตามภาคต่างๆ ของประเทศ⁴ แต่ในปัจจุบัน การ ศึกษาชี้ให้เห็นว่า การจัดรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว มีรูปแบบสถานบริบาล หรือสถานดูแลระยะยาวที่ชัดเจนมากขึ้น มีการแบ่งโซนการดูแล ในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือมีภาวะ เจ็บป่วย สถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยช่วยเหลือ ตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย และสถานดูแลระยะยาวในโรง พยาบาล นอกจากนี้ รูปแบบบริการ ยังคำนึงถึงโครงสร้างทาง กายภาพและการจัดสิ่งแวดล้อม ให้มีสภาพคล้ายบ้านที่มีความ สะดวกสบาย ความอบอุ่นมากที่สุด เช่นเดียวกับการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น แคนาดา ออสเตรเลีย เป็นต้น^{11,12} โดยจัดให้มีการบริการแบบบ้านและมีการดูแลที่มีมาตรฐานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีคำนึง ประเภทของผู้รับบริการเพื่อให้การบริการที่สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละประเภทรวมถึงการจัดอุปกรณ์ เทคโนโลยีเพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ¹³ และมี แนวทางในการกำหนดมาตรฐานของโครงสร้างของสถานที่

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดอัตรากำลังของบุคลากร¹⁴ การกำหนดมาตรฐานคุณสมบัติและการพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับประเทศต่างๆในกลุ่มที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ^{1, 14, 15}

ลักษณะการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการด้านสังคม มากกว่าการดูแลสุขภาพ เนื่องจากยังไม่ได้มีการจัดประเภทการดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบ ในปัจจุบันเริ่มมีการประเมินเพื่อจัดประเภทของผู้สูงอายุตามภาวะที่ต้องการพึ่งพิง และจัดหาพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ หรือผู้ช่วยเหลือต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มในทิศทางเดียวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศตะวันตก ประเทศญี่ปุ่น และประเทศฮ่องกง เป็นต้น^{1, 15, 16, 17, 18} ในกลุ่มประเทศตะวันตกและประเทศแถบเอเชียที่มีระบบการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานนั้น มีการจัดประเภทการดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการการดูแลอย่างชัดเจน รวมทั้งตัวชี้วัดที่นำไปสู่มาตรฐานการดูแล รวมทั้งระบบการกำกับติดตามมาตรฐานแบบยืดหยุ่น ต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว นอกจากนี้ ในประเทศทางตะวันตกคำนึงถึงพื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเป็นส่วนตัว มากกว่าการช่วยเหลือดูแลในครอบครัว อย่างเช่นในประเทศทางตะวันออก นอกจากนี้ การจัดบริการในประเทศกลุ่มตะวันตกคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน บุคลากรและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ^{6, 19} กล่าวโดยสรุป การจัดรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และเริ่มมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับทั้งจากการกำหนดนโยบาย ความจำเป็นและความต้องการบริการลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสนใจและต้องการยกระดับการบริการให้มีคุณภาพ จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทประเทศไทย มีลักษณะเป็นการจัดการดูแลระยะยาวใน 3 ลักษณะ ซึ่งได้จัดขึ้นตามประสบการณ์และมาตรฐานเฉพาะที่หน่วยงานแต่ละแห่งได้กำหนดขึ้นเอง อย่างไรก็ตามยังคงพบช่องว่างในประเด็นขององค์ประกอบของระบบการดูแลทั้ง มาตรฐานด้านโครงสร้าง มาตรฐานด้านกระบวนการ และมาตรฐานด้านผลลัพธ์และตัวชี้วัด ที่ยังไม่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับสถานบริการการดูแลระยะยาว

แต่ละประเภท เนื่องด้วยเป้าหมายการดูแลระยะยาว ไม่ได้เน้นในเรื่องการรักษาหรือเน้นเรื่องการดูแลเชิงสังคม แต่เป็นการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกมิติที่สอดคล้องกับสภาพความต้องการของผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงและสอดคล้องกับบริบทของสังคมวัฒนธรรม การยอมรับให้คุณค่าและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบประเด็นสำคัญของการศึกษาคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. การกำหนดมาตรฐานการดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในสถานบริการการดูแลระยะยาว ควรมีการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัดทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะ รวมทั้งจัดทำกรอบมาตรฐานระดับชาติ และกำหนดกลไกในการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน

2. การส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบบริการ การออกแบบบริการที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ภาคเอกชน ภาครัฐ ตลอดจนสหวิชาชีพ

References

1. Organization for economic co-operation and development. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD; 2013.
2. Department of health. Care homes for older people national minimum standards and the care homes regulation 2001. 3rd ed. London: TSO; 2006.
3. Sasat S. Pakdeeprom T. Nursing home system. J Demograph 2009;25(1):45-62. (in Thai).
4. Sasat S. Choowatanapakorn T. Leudrat P. A complete report of the model of care for older adults in the long-term care institutes in Thailand. Bangkok: Health System Research Institute; 2009. (in Thai).
5. Department of older person. The elderly act. Bangkok: Department of older person; 2003. (in Thai).

6. Department of health and human services. Overview of long-term care in five nations: Australia, Canada, the Netherlands, Norway and the United States. UK: Department of health and human services; 1995.
7. Bundhamcharoen K. Sasat S. Long-term care: Comparative analysis for policy recommendation. *Rama Nurs J* 2008;14(3): 385-99. (in Thai).
8. Patton M.Q. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Res* 1999;34(5):1189-1208.
9. Sridhamrongsawat S. Bundhomcharoen K. Sasat S. Amnatsatur K. The model of health care for older adults in long-term care by community. *Thai J Prim care Fam Med* 2009;1(2):22-31. (in Thai).
10. Wirogratana V. Amnatsatsue K. Sasat S. Malathum P. Narongsak J. Improvement of health care services for dependent elders. *Thai J Nurs Counsil* 2014; 29(3):104-15. (in Thai).
11. C. D. Howe institute. Long-term care for the elderly: Challenges and policy options. Canada: C. D. Howe institute; 2015.
12. Canadian institutes for health research. A systematic review of research evidence on nurse staffing in long-term care. Canada: CIHR; 2010.
13. Sasat S. Wisessrith W. Sakunphanit T. Soonthornchaiya R. The development of care standard and service guideline for dependent older persons in long-term care institution. Nonthaburi: Mata publisher; 2015. (in Thai).
14. Harington C. Goldman M. Choiniere J. Jacobsen F. Nursing home staffing standard and staffing levels in six counties. *J Nur Scholarship* 2012; 44(1):88-98.
15. Tatara K. Okamoto E. Japan: Health system review. *Health System in Transition* 2009;11(5):1-164.
16. Mot E. The long-term care system for the elderly in the Netherlands. The Hague, Netherlands: CPB Netherlands bureau for economic policy analysis; 2010.
17. Chung S. Y. Chiu A. D. The 10 years' experience in residential home aged care accreditation scheme (RACAs) in Hong Kong. Hong Kong: RACAs; 2014.
18. Hong Kong association of gerontology (HKAG). Report on "Pilot project on accreditation system for residential care services for the elders in Hong Kong. Hong Kong: HKAG; 2004.
19. Organization for economic co-operation and development. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD; 2011.
20. Mahaweranon I. Thanasilp S. Chimluang J. Factors related to supportive care needs in family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(1):92-100. (in Thai).
21. Soliluk U. Wisessrith W. Effects of case management combined with palliative care model in patients with metastatic cancer on length of stay and quality of nursing care. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(Suppl): S68-S75. (in Thai).