

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม จังหวัดพะเยา

ศุภชัย บุญอำพันธ์¹มนัสขจรณ์ พิชัยจุมพล²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการมีส่วนร่วม และขยายผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการมีส่วนร่วมไปใช้ในพื้นที่ทุกอำเภอ จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำนวน 39 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 235 คน และ ผู้รับผิดชอบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 39 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ สังเคราะห์กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิจัยมีการดำเนินงาน 3 ระยะ คือระยะแรก การออกแบบระบบบริการในพื้นที่ต้นแบบอำเภอละ 1 ตำบล จากนั้นระยะที่ 2 ติดตามประเมินผล และปรับปรุงผลจากการศึกษาในระยะแรกเพื่อหากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และในระยะที่ 3 เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาไปขยายผลในพื้นที่แต่ละอำเภอให้ครอบคลุมทุกตำบล ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 6 แนวคิดหลัก คือ (1) การทำงานเป็นทีมภายใต้การดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (4) การชื่นชมและให้คุณค่า (5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และ (6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น นอกจากนี้ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยเพิ่มเติมครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ มิติด้านการศึกษา และมิติการเข้าถึงแหล่งบริการของรัฐ ผลการศึกษาเสนอแนะว่า 6 แนวคิดหลักดังกล่าว เป็นแนวทางและกลวิธีที่สำคัญสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการมีส่วนร่วม อันนำไปสู่คุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ระบบการดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ

วันที่รับ: 27 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2564

¹ พ.บ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข

² พย.ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: mk_pcu@hotmail.com

The development of participatory long-term care system for older persons in Phayao province

Supachai Boonumpun¹

Manashakorn Pichaijumpol²

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed at assessing a long-term care system for the older persons using participation process and expanding the results of the long-term care system for the older persons to be used in all districts in the Phayao province. Purposive sampling was used to recruit participants consisting of 39 long-term care managers for public health, 235 caregivers for the bedridden elderly, and 39 persons who in charged long-term care fund of local administrative organization. Data were collected using a questionnaire, an interview guideline, and a focus group discussion. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics, and qualitative data were analyzed by content analysis. The research was carried out in three phases: the first phase was to design a service system in the selected area with one Tambon per one District, and then the second phase was to evaluate and improve the results of the implementation in the first phase to find strategies which suited its context. The third phase was to apply the developed system in every district and cover all sub-districts. The findings revealed that first, the long-term care system with participation process composed of six main concepts (1) team working of committee of the District Health System committee (DHS), (2) focusing on the target audience, (3) participation from communities and network partners, (4) appreciation and giving value, (5) resource sharing and human resource development, and (6) appropriate care for patients and people in their own context and needs. In addition, this research has developed a long-term care system for the older persons that covered five dimensions including: health, economic, living environment, education, and health care service accessing. The findings suggest that these six main concepts are important guidelines and strategies for healthcare workers to be utilized for developing a long-term care system with participation for the older persons which will lead to service quality and good quality of life for older persons.

Keywords: Participation, Long term care, Older persons

Submitted: October 27, 2021 Revised: December 22, 2021 Accepted: December 26, 2021

¹ M.D., Phayao Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health

² M.N.S., Phayao Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health

Corresponding author, Email: mk_pcu@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ได้รายงานเรื่องการสูงวัยและสุขภาพ (ageing and health) เมื่อปีที่ผ่านมา และเสนอว่ามีประเด็นสำคัญ 4 ด้านหลักที่ประเทศต่าง ๆ ควรต้องดำเนินการเพื่อรองรับการสูงวัย คือ 1) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยพัฒนาระบบบริการที่ยึดผู้สูงวัยเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ (older person centered and integrated care) ปรับระบบให้เสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะของผู้สูงวัยในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ และพัฒนากำลังคนรองรับสังคมสูงวัย 2) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care, LTC) ให้เป็นบริการสาธารณะ กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ชัดเจน มีระบบการคลังที่เป็นธรรมและยั่งยืน พัฒนาและบำรุงรักษากำลังคนในการดูแลระยะยาว และดูแลเรื่องคุณภาพบริการ 3) สร้างสิ่งแวดล้อมให้เป็นที่มิตรกับผู้สูงวัย (age friendly environment) ต่อต้านการเลือกปฏิบัติ และเอื้อให้ผู้สูงวัยมีอิสระเป็นตัวของตัวเอง สนับสนุนให้ทุกคนนโยบายของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นคำนึงถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing in all policies) และ 4) พัฒนาการวัด การติดตามประเมิน และความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงวัย

ประเทศไทยมีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบัน ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ใน พ.ศ.2577 ประชากรผู้สูงวัยจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของ ประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ซึ่งหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ได้ร่วมกันดำเนินงานเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาทและกิจกรรมของผู้สูงวัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงวัยไทย, 2556) สำหรับประเด็นการพัฒนาการดูแลระยะยาวในประเทศไทยนั้นมีการขับเคลื่อนมาเป็นระยะที่มองเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนในปี 2550 มีการผลักดันเรื่องนี้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาผู้สูงวัยแห่งชาติในปี 2552 รวมถึงมีการเพิ่มประเด็นเรื่องนี้ในแผนผู้สูงวัยแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปรับปรุงในปี 2552 ซึ่งนำมาซึ่งแผนผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงวัยระยะยาวภายใต้คณะกรรมการผู้สูงวัยแห่งชาติ (2554-2556) และตามมาด้วยแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการดำเนินการพัฒนาของพื้นที่ต่าง ๆ ตามลักษณะความจำเป็นของตนเอง และโครงการนำร่องต่าง ๆ โดยพบว่ารัฐบาลไทยมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ในปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร และ บวรศม ลีระพันธ์, 2561)

จังหวัดพะเยาในปี 2564 จากฐานข้อมูลประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2564) มีสัดส่วนประชากรผู้สูงวัยร้อยละ 28.51 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2562 และ 2563 ซึ่งมีร้อยละ 26.24 และ 25.60 ตามลำดับนับว่าเป็นสังคมแห่งผู้สูงวัยเต็มรูปแบบ เมื่อสำรวจข้อมูลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงในปี 2562-2564 จากโปรแกรม ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) พบว่ามีผู้สูงวัยกลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.69, 2.20 และ 2.26 ตามลำดับ ผู้สูงวัยกลุ่มติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 0.55, 0.49 และ 0.47 ตามลำดับ สำหรับระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างเป็นระบบโดยหลัก 3C คือ care manager (ผู้จัดการการดูแล) caregiver (ผู้ช่วยเหลือดูแล) และ care plan (แผนการดูแล) ให้การดูแลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคล โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี 2564 จังหวัดพะเยา มีตำบลที่เข้าร่วมดำเนินโครงการ “การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)” จำนวน 65 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 95.58 มีจำนวน ผู้จัดการการดูแล 123 คน ผู้ดูแลผู้สูงวัยจำนวน 778 คน จังหวัดพะเยาได้มีการขับเคลื่อนงานผู้สูงวัย ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามแผนงานส่งเสริมป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอและตำบล พร้อมทั้งบูรณาการร่วมหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ระดับจังหวัด มาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงวัย ด้วยการคัดกรอง ประเมินสุขภาพผู้สูงวัย พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การดำเนินงานตำบล

ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่าง
ภาคประชาชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันคิดและพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม (อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ, 2561) กลไกหลักใน
การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน คือศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการ
สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หรือกองทุนตำบล เป็นกลไกในการบริหารจัดการ โดยมีแนวคิดหลักว่า ท้องถิ่นและชุมชนมี
บทบาทหลักในการบริหารจัดการและระดมทรัพยากร และคาดว่าจะทำให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการได้อย่าง
เหมาะสมภายใต้การสนับสนุนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS หรือ พชอ.) โดยส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนากำลังคน
จัดอบรมผู้จัดการดูแล (care manager) และผู้ช่วยเหลือดูแล (caregiver) การสนับสนุนงบประมาณโดยกลไกกองทุน
ตำบลและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ในการว่าเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหาร
จัดการงบประมาณ กระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายต่างๆและญาติเพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย
เป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงการบูรณาการ ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงของบริการ
(สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) และการมุ่งเน้นการสร้างศักยภาพให้กับประชาชนเพื่อทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้
นับเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วม
ตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลในเรื่องที่เป็นปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนของตนเองภายใต้การเปลี่ยนแปลง
ของสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ทั้งนี้สภาวะการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในทุกองค์ประกอบ
ของระบบบริการสุขภาพ และผลกระทบต่อนโยบาย โดยทั่วไปสถาบันต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มส่งเสริมการมี
ส่วนร่วมทางสังคมของประชาชนในการตัดสินใจ (สัญญา ยีอราน และ ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2561)

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2563) พบว่าการดำเนินงานในเรื่องการ
จัดบริการมุ่งเน้นด้านสุขภาพในส่วนของการดำเนินงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ แม้วานโยบาย
การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จะมีการจัดสรรงบประมาณและโครงการผ่านมาให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แต่พบว่าการดำเนินงานยังขาดการบูรณาการ ไม่ได้นำข้อมูล
รายบุคคลมาวางแผนดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม เช่น การแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อพลัด
ตกหกล้ม การช่วยเหลือด้านสังคม ด้านสวัสดิการต่างๆ จึงทำให้การดำเนินงานแยกส่วน การเข้าถึงบริการด้านต่าง ๆ
ไม่ครอบคลุม เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทผู้บริหารการจัดการเชิงระบบมิติด้านสุขภาพของพื้นที่
จังหวัดพะเยา จึงได้มีแนวคิดการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นแนวทาง
ให้กับพื้นที่ได้พัฒนาแก้ไขปัญหาโดยการจัดการเชิงระบบในการเชื่อมโยงกลไกของหน่วยงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ร่วมกัน จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการมีส่วนร่วม และ ขยายผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ด้วยการมีส่วนร่วมไปใช้ในพื้นที่ทุกอำเภอ จังหวัดพะเยา

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ที่มุ่งเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
(participatory action research, PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่จังหวัดพะเยาทั้งหมด 9 อำเภอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน คือ ผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (care giver) และ ผู้รับผิดชอบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทุกอำเภอและทุกตำบลที่เข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่จังหวัดพะเยาซึ่งมีทั้งหมด 9 อำเภอ 65 ตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขจำนวน 39 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 235 คน และผู้รับผิดชอบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 39 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ ทุกกลุ่มเป็นบุคลากรในพื้นที่ตำบลที่เข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตรดังนี้ 1) ผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) ต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 420 ชั่วโมงที่จัดโดยกรมอนามัย 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (care giver) ต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 70 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย และเข้ารับการฝึกอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านระหว่างปฏิบัติงานอย่างน้อยทุก 2 ปี 3) ผู้รับผิดชอบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม มี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งในหน้าที่ ตำแหน่งในคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริบทพื้นที่ เป็นคำถามให้ตอบจำนวนตัวเลขตามข้อความในเรื่องข้อมูลกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL มากกว่า 11 คะแนน) จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL เท่ากับ 5-11 คะแนน) และจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ADL เท่ากับ 0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การจัดระบบบริการดูแลและระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เป็นข้อความแบบเลือกตอบ มีจำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ได้แก่ การปฏิบัติเป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 การจัดบริการด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 10 ข้อ
- 3.2 การจัดบริการด้านส่งเสริมเศรษฐกิจ รายได้ มีทั้งหมด 2 ข้อ
- 3.3 การจัดบริการด้านสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย มีทั้งหมด 3 ข้อ
- 3.4 การจัดบริการด้านส่งเสริมการศึกษา มีทั้งหมด 2 ข้อ
- 3.5 การจัดบริการด้านส่งเสริมการเข้าถึงบริการภาครัฐมีทั้งหมด 3 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) เป็นข้อความปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อสรุป และแนวทางเลือกของการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้านผู้สูงอายุ อาจารย์จากมหาวิทยาลัยพะเยา และ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.93 และการตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 ซึ่งได้ทดสอบในกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขจำนวน 10

คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 10 คน และผู้รับผิดชอบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินงานวิจัย

การวิจัยมีการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ *ระยะที่ 1* ออกแบบระบบบริการในพื้นที่ต้นแบบอำเภอละ 1 ตำบล จากนั้น *ระยะที่ 2* ติดตามประเมินผล และปรับปรุงผลจากการศึกษาในระยะแรกเพื่อหากกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และ *ระยะที่ 3* เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาไปขยายผลในพื้นที่แต่ละอำเภอให้ครอบคลุมทุกตำบล โดยแต่ละระยะมี 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(PAR) เป็นขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) (สัญญา ยีอราน และ ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2561) ประกอบด้วย

1. การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ (systematizing experience) โดยอาศัยการจัดการ และการประเมินประสบการณ์อย่างมีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็น 5 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ มิติด้านการศึกษา และมิติการเข้าถึงแหล่งบริการของรัฐ ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุโดยมีการทบทวนข้อมูล แนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2. การวิเคราะห์โดยการมีส่วนร่วม และการจัดการแก้ปัญหา (collectively analyzing and problematizing) การจัดการวิเคราะห์อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ นำมาวิเคราะห์ร่วมกันในการประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การเชื่อมโยงประสานงานของภาคีเครือข่าย การให้บริการอย่างไร้รอยต่อ

3. การสะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ (reflecting on and choosing action) หลังจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของภาคีเครือข่ายในข้อ 2 แล้ว ได้พิจารณาทางเลือก ของปฏิบัติการและการระบุปฏิบัติการนั้นให้ละเอียดสำหรับผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท เช่น การกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมกัน หากมีหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าไปจะส่งผลในการได้รับทราบข้อมูลร่วมกัน แต่บางประเด็นอาจต้องแยกทีมในการลงเยี่ยม เพื่อให้ครอบครัวผู้สูงอายุสามารถพูดคุยรายละเอียดหรือข้อมูลได้มากขึ้น ใช้เวลามากขึ้น หาแนวทางการจัดการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ยืดหยุ่นตามบริบทของชุมชน

4. การดำเนินการและการประเมินผลการปฏิบัติการ (taking and evaluating action) เมื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน กำหนดแผนงานระยะเวลาร่วมกัน นำสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ และดำเนินตามลำดับขั้นตอนสู่การเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญคือ การสังเกตการณ์ และการสะท้อน ในช่วงท้ายของแต่ละรอบ

5. การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (systematizing learning) ทีมงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้เรียนรู้จากกระบวนการจัดการ การตรวจสอบ การแบ่งปันความรู้ใหม่ เขียนสรุปรายงาน และหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อสรุป หรือเรื่องราวจากชุมชน เพื่อชี้แจงและปรับปรุงต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่ 022/2564 (ลงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเก็บชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลง จะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มซึ่งมีทั้งการประสานงานผ่านผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ดำเนินการ และการลงพื้นที่ดำเนินการ โดยดำเนินการดังนี้

1. การประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายอำเภอเพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง

2. ประสานงานและแนะนำตนเองและทีมงานวิจัยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล

3. จัดประชุมผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (care giver) และ ผู้รับผิดชอบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. จัดเวทีระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งญาติ ผู้นำชุมชน บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาชุมชน บุคลากรการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และบุคลากรจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

5. จัดสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะลึก (focus group) เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการช่วยเหลือ และร่วมกันกำหนดรูปแบบระบบการช่วยเหลือตามความต้องการของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา ซึ่งดำเนินการสัมภาษณ์ไปพร้อม ๆ กับการทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้นเพื่อเป็นการหาทางแก้ไขข้อบกพร่องและพัฒนาปรับปรุงให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม

6. สังเกตรายละเอียดอื่น ๆ นอกเหนือจากคำให้สัมภาษณ์ เช่น บรรยากาศการสนทนา สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

7. เก็บบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนการวิจัย และหลังการวิจัยครบ 6 เดือน และแบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์กลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสังเคราะห์กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 6 แนวคิดหลัก คือ

1. การทำงานเป็นทีมภายใต้การดำเนินงานภายใต้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งขับเคลื่อนโดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ พ.ศ.2561 ประกอบด้วย ภาครัฐ 6 คนภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน โดยมี นายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ทั้งนี้จะพบว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนเพิ่มเติมในกลุ่มผู้นำที่ไม่เป็นทางการ และกลุ่มจิตอาสาที่เข้าร่วมเป็นทีมโดยที่ไม่ได้ยึดรูปแบบของการแต่งตั้งแต่มองเห็นถึงความสำคัญและอยากเข้ามามีส่วนร่วมจึงทำให้เกิดทีมที่มากกว่าคณะกรรมการในทุกพื้นที่

2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย มีการจัดกระบวนการเพื่อรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน ผ่านทางการจัดประชุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน การลงเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจข้อมูลสอบถามอาการ ประเมินระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

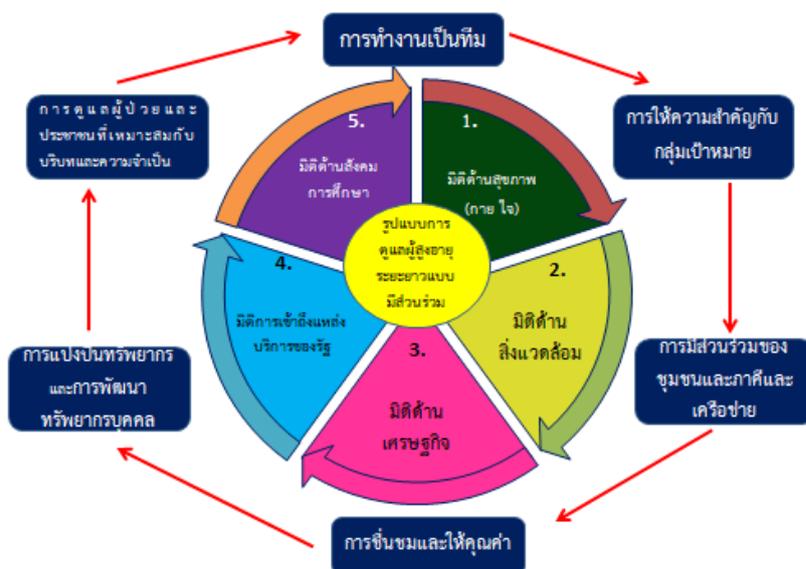
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมการจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ ร่วมวิเคราะห์โดยการมีส่วนร่วมและการจัดการแก้ปัญหา ร่วมการสะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ ร่วมดำเนินการ และประเมินผลการปฏิบัติการ ร่วมเรียนรู้อย่างเป็นระบบมีการกำหนดบทบาทร่วมกันในแต่ละมิติ

4. การชื่นชมและให้คุณค่า มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน เพื่อคัดเลือกผลงานเด่นแต่ละระดับ มอบเกียรติบัตรการดำเนินงาน ชื่นชมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนทำงาน โดยมีการมอบเกียรติบัตรระดับจังหวัด และระดับอำเภอในเวทีการประชุมของส่วนราชการเพื่อเชิดชูเกียรติ

5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่นการระดมทุนเงินของและคนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย การบริจาคของกินของใช้ผ่านพระภิกษุสงฆ์เพื่อนำไปมอบให้กับครอบครัวผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีการพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างทักษะและศักยภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย มีความจำเป็นในการดูแลที่แตกต่างกัน ตามพยาธิสภาพของโรคและบริบทของครอบครัวและชุมชนจึงต้องมีการประเมินสภาพทางกาย ใจ สิ่งแวดล้อม สังคม เพื่อนำสู่การวางแผนดูแล แต่เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ตามบริบทของคนไทยภาคเหนือ ให้ตายที่สงบและอบอุ่น มีลูกหลานมาอยู่รอบข้างท่ามกลางคนที่ตนรัก ที่บ้านของตนเอง มีโอกาสสั่งเสียลูกหลาน ให้อภัยกับสิ่งที่ค้างคาในใจ ไม่ทรมานจากการเจ็บปวด ซึ่งจะมีระบบบริการเชื่อมโยงตามระบบ 3 หมอโดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดและจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม 6 แนวคิดหลักนี้ ได้ถูกพัฒนาเพิ่มเติมครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วยมิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ มิติด้านการศึกษา และมิติการเข้าถึงแหล่งบริการของรัฐ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม จังหวัดพะเยา

ตัวอย่างกรณีศึกษา ในพื้นที่ตำบลพระธาตุเชิงแกงซึ่งเป็นเขตชนบท และตำบลแม่ปืม ซึ่งเป็นเขตเมืองมีความคล้ายคลึงกัน ได้เห็นการทำงานเป็นทีม (unity team) โดยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การเยี่ยมบ้านตามประเด็นมิติ 5 ด้าน สะท้อนข้อมูลด้วยภาพถ่าย การสัมภาษณ์รายครอบครัว ในการวิเคราะห์บทบทวนแนวทางการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม จากนั้นทุกภาคส่วนได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (customer focus) กำหนดบทบาทร่วมกันในแต่ละมิติ เช่น ปัญหามิติทางด้านสุขภาพกำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอและนโยบายกองทุนระบบการดูแลระยะยาวปัญหามิติทางด้านเศรษฐกิจได้มอบหมายให้พัฒนาชุมชน บุคลากรการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และผู้นำในการประสานงานตามแผนงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มิติด้านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ได้กำหนดบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบรรจุในแผนงาน รวมถึงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้การนำข้อมูลเข้าสู่กลไก พขอ.ยังช่วยให้หน่วยงานภาคประชาชนระดมทรัพยากรผ่านรูปแบบการบริจาค การทำบุญผ่านพระภิกษุสงฆ์เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนร่วมกับภาครัฐได้ มิติด้านการศึกษา ข้อมูลรายครอบครัวที่จำเป็นจะกำหนดหน่วยงานช่วยประสานหาแนวทางการดูแลส่งเสริมการศึกษาซึ่งเป็นการฝึกกระตุ้นสมอง แก้ไขภาวะสมองเสื่อม และมิติการเข้าถึงแหล่งบริการของรัฐ ได้กำหนดให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของครอบครัว เช่น เบอร์โทรฉุกเฉินต่างๆ การเข้าถึงสิทธิการรักษา สิทธิในเบี้ยพิการ เบี้ยผู้สูงอายุ เป็นต้น การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (community participation) มีส่วนร่วมตั้งแต่ การร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติตามและ การร่วมติดตามและประเมินผล การชื่นชมและให้คุณค่า (appreciation) ด้วยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน มีการคัดเลือกผลงานเด่นแต่ละระดับ มอบเกียรติบัตรการดำเนินงาน การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (resource sharing and human development) ได้มีการระดมทุนคน เงิน ของและเพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหามาตามแผนงานที่วางไว้ เช่น การบริจาคเงิน วัสดุก่อสร้าง เพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัย การบริจาคของกินของใช้ผ่านพระภิกษุสงฆ์เพื่อนำไปมอบให้กับครอบครัวผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น (essential care) เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ตามบริบทของคนไทยภาคเหนือ ให้ตายที่สงบและอบอุ่น มีลูกหลานมาอยู่รอบข้างท่ามกลางคนที่ตนรัก ที่บ้านของตนเอง มีโอกาสสั่งเสียลูกหลาน ให้อภัยกับสิ่งที่ค้างคาในใจ ไม่ทรมานจากการเจ็บปวด ซึ่งจะมีระบบบริการเชื่อมโยงตามระบบ 3 หมอ โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดและจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2: ผลการติดตามประเมินผล และปรับปรุงผลจากการศึกษาในระยะแรก

เป็นการประเมินผลเชิงสร้างเสริมพลังอำนาจในพื้นที่ต้นแบบ เป็นการประเมินขั้นตอนการดำเนินงานการใช้และการจัดการทรัพยากร ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่ต้องปรับแก้หากกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ พบว่าการดำเนินงานเป็นทีมภายใต้คณะกรรมการ พขอ.ที่มาจากแต่งตั้งมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาโดยพบว่าคณะกรรมการที่เป็นบุคลากรภาครัฐมีบทบาทหน้าที่หลายอย่าง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบางช่วง และพบประเด็นการสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติที่มีข้อจำกัดของภาครัฐ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาค้นหาได้ทันที่ ทั้งสองประเด็นนี้ นำสู่การประชุมสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิพากษ์ วิจารณ์ และสะท้อนความคิด เพื่อนำสู่การวางแผนเชิงระบบให้มีทีมงานที่ไม่เป็นทางการ เช่นกลุ่มจิตอาสา ภาคเอกชนต่างๆ ซึ่งจะเชื่อมโยงสู่การระดมทรัพยากรร่วมกัน

ส่วนที่ 3 : การนำรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วมไปขยายผลในพื้นที่ทุกตำบล

ผลการนำรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วมไปขยายผลในพื้นที่ทุกตำบล ของจังหวัดพะเยา ทำให้เห็นผลชัดเจนในประเด็นมิติต่างๆ เพิ่มมากขึ้น โดยมีผลการพัฒนา การจัดระบบบริการดูแลระยะยาวกลุ่มติดบ้านติดเตียงใน 5 มิติพบว่า

3.1 มิติด้านสุขภาพ ก่อนการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเป็นประจำร้อยละ 71.16 และหลังการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 100

3.2 มิติด้านเศรษฐกิจ ก่อนการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเป็นประจำร้อยละ 12.50 และหลังการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 45.83

3.3 มิติด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ก่อนการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเป็นประจำร้อยละ 38.26 และหลังการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 88.69

3.4 มิติด้านการศึกษา ก่อนการวิจัยพบว่าไม่เคยมีการจัดบริการมาก่อน และหลังการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 12.50

3.5 มิติด้านการเข้าถึงบริการของรัฐ ก่อนการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเป็นประจำร้อยละ 70.54 และหลังการวิจัยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 91.96

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 แนวคิดหลัก คือ 1) การทำงานเป็นทีม ภายใต้การดำเนินงานภายใต้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 4) การชื่นชมและให้คุณค่า 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานภายใต้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ซึ่งได้วิจัยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันแห่งชาติพบว่า กลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในชุมชน คือศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เป็นกลไกในการบริหารจัดการ โดยมีแนวคิดหลักว่าท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการและระดมทรัพยากร และคาดว่าจะทำให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการได้อย่างเหมาะสมภายใต้การสนับสนุนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS หรือ พชอ.) และ เมื่อนำรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วมไปขยายผลในพื้นที่ทุกตำบล จังหวัดพะเยา ทำให้เห็นผลการพัฒนาที่ชัดเจนของระบบตามแนวคิดหลักในประเด็น 5 มิติ ได้แก่มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ มิติด้านการศึกษา และมิติการเข้าถึงแหล่งบริการของรัฐ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเป็นประเด็นสำคัญในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับแนวคิดของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557) ที่ได้อธิบายว่าการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้อง ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน และสอดคล้องกับบันทึกการประชุมครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ คือมิติด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกในชมรม มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์ (ยุวดี รอดจากภัย และ

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, 2561) นอกจากนั้น ผลการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ซึ่งได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนำตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่างภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันคิด พัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และการตระหนักรู้ของประชาชน โดยนำวัฒนธรรมท้องถิ่นมาสร้างจุดร่วมในการรวมพลังชุมชนอย่างเข้มแข็ง ใช้หลักการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของอาสาสมัครที่มีความพร้อม ในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

แนวคิดการชื่นชมและให้คุณค่า เป็นกระบวนการวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมา ใช้ในการดูแลตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดสำคัญในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม ดังผล การศึกษา ของ พรสวรรค์ สมเชื้อ, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, พูลสุข หิงคานนทร์ และดวงพร หุ่นตระกูล (2557) ที่ได้ วิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำงาน พบว่า พยาบาลที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานมากกว่า และ แนวคิดของการดูแลดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็นหรือยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมถึง ความเสมอภาค การเคารพในศักดิ์ศรีระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และการยอมรับความแตกต่าง ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา หรือสีผิว การยอมรับทางเลือก และค่านิยมของผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัวใน การตัดสินใจ การร่วมมือของทีมสุขภาพในการวางแผน และดูแลผู้รับบริการ การคำนึงถึงมิติทางด้านอื่น ๆ ของ ผู้รับบริการที่นอกเหนือไปจากปัญหาทางกาย ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ ของผู้รับบริการ การสื่อสารเพื่อการ ประคับประคองจิตใจ ทั้งผู้ป่วยและญาติ และเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ การสอนและการเสริมสร้างศักยภาพ ให้สามารถดูแลตนเอง และมีความมั่นใจ ความต่อเนื่องของบริการและยืดหยุ่น (American Academic of Pediatrics, 2012; Meed, & Bower, 2000; Gerteis, Edgemen Levitan, Darly, & Delbango, 1993) ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วม ส่งผลสู่คุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการขยายผลรูปแบบการจัดระบบการดูแลระยะยาวแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นเพื่อบูรณา การกับทุกหน่วยงานและนำไปใช้กับทุกตำบลในพื้นที่แต่ละอำเภอ ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและมีการ ถอดบทเรียนเพื่อนำสู่การพัฒนาจะส่งผลต่อการดำเนินงานเพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รองรับสังคมเมือง ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินการในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). สรุปรประชุมครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563 ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2564 จาก <http://www.ryt9.com>
เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วีราพรพรณ วิโรจน์รัตน์, พัทธณี วิจิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ, และ สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2557). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบองค์รวม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(2), 120-131.

- พรสวรรค์ สมเชื้อ, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, พูลสุข หิงคานนท์ และดวงพร หุ่นตระกูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 14-29.
- มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2556*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- ยุวดี รอดจากภัย และ กุลชาติ โรจน์ไพศาลกิจ. (2554). *แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดชลบุรี* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สุขภาพคนไทย2562*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และ บวรศม ลีระพันธ์. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว(Long term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเอ็มเบอร์.
- สัญญา ยี่อราน, และ ศิวโล่ห์ วนรัตน์วิจิตร. (2561). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในระบบสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่1). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2563). *รายงานประจำปีกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ* (หน้า18-25). พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2564). *ฐานข้อมูลประชากร*. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2564, จาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี*. สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2564, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan_20year8sep_2016.pdf
- อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี*. *วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 36(3), 46-64.
- American Academic of Pediatrics. (2012). *Patient and family centered care and the pediatrician's role*. Retrieved March 5, 2020 from www.pediatric.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3084.
- Gerteis, M., Edgemen Levetan, S., Darly, J. & Delbango, T. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Meed, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science Medicine*, 51(7), 1087-110.
- World Health Organization. (2015). *World health statistics*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 978 92 4 069443 9 (PDF). Luxembourg.