การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of the Participation on Service care Model for Long Term Care with Dependent Elderly in Atsamat Network, Roi Et Province

นงคราญ สุระพินิจ* ศรัณรัตน์ ศิลปักษา**
Nongkran Surapinit, Saranrat Sinlapaksa
Corresponding author: Email: n.surapinit@gmail.com
(Received: September 23, 2022; Revised: September 30, 2022; Accepted: October 28, 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน Care Manager และ Caregiver จำนวน 327 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การทบทวนเอกสาร แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยแบ่งเป็นระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์การดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คืนข้อมูลและออกแบบระบบการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ระยะที่ 2 วางแผนและนำรูปแบบการดำเนินงานไปปฏิบัติ และระยะที่ 3 ติดตามประเมินผล และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : ก่อนพัฒนาพบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : CM) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)ไม่เข้าใจระเบียบและแนวทางการดำเนินงาน และไม่มีการเบิกจ่ายงบประมาณ (45.45%) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดทักษะการปฏิบัติงาน ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย หลังพัฒนาพบว่า กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเบิกจ่ายงบประมาณเป็นปัจจุบัน ผู้สูงอายุติดเตียงพัฒนาเป็นติดบ้าน (17.50%) กลุ่มติดบ้านพัฒนาเป็นติดสังคม (22.72%) และมี Activities of Daily Living (ADL) เพิ่มขึ้น (67.28%) มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือสำคัญ ส่งผลให้การดำเนินงานเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง; การมีส่วนร่วม; ภาคีเครือข่าย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ
**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

ABSTRACT

Purpose : To develop of participation on service care model for Long Term Care in Atsamat network.

Study design : Participatory Action Research : PAR

Materials and Methods : The operation for the dependent elderly, the relatives, the local government organization officer, Health officer, Health volunteers, Head of the community ,Caregiver (CG) and Care Manager (CM),there are 327 persons. The materials in the study are the In-depth interview, focus group, observation for non-participation, document review, ADL assessment form and LTC assessment form. The study has 3 phase. 1) Study the context and situation for the dependent elderly in the community, feedback for develop the Participation on Service care Model for Long Term Care design with the participation network. 2) Plan to action and develop the system to move the LTC system by the participation network. 3) Evaluation phase. The quality data analyze the content analysis and the quantity data by the descriptive statistic. The study is on October 2019-September 2020.

Main findings : Before the development. The LTC service system loss of the community and network participation. The local organization and CM are not confident for work and the management of the local organization are not understand about LTC system because the regularity is not clearly. There are 45.45% local organization are not operated LTC, loss of the family and community participation on the dependent elderly. After the development has the model to move care management in LTC. The dependent elderly in bed turned to the elderly in home 17.50%, in social 22.72% and LTC fund can move on 100%. The dependent elderly had the ADL level are increasing 67.28% ,has the elderly care innovation, had the community and network participation for elderly care are increasing.

Conclusion and recommendations : the Participation on Service care Model for Long Term Care with Dependent Elderly in Atsamat Network is integrated by the local government organization, the community, the public health officer. The lesson learned and the knowledge sharing are important for develop and move the operation. Resulting in participation for LTC in continuous and sustainable in the community.

Keywords : The dependent elderly; Participation; Network

*Registered Nurse Professional Level, Atsamat Hospital.

**Public Health Technical Officer, Professional Level Atsamat Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าสังคมไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ.2568 กล่าวคือทุกๆ 5 คน ที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 1 คน และทุก 100 คนที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปถึง 14 คน โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2583 ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเนื่องจากสมรรถภาพและสุขภาพร่างกายที่ถดถอย ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีภาวะและความต้องการการพึ่งพิงในการดูแลกิจวัตรประจำวัน 15.6% โดยในปี พ.ศ.2557 ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 16 มีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมากและประสบปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL) จากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เธล ADL (Barthel ADL) เช่น การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำห้องส้วม และผู้สูงอายุกว่า 90.0% ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีผู้ดูแล ในขณะที่กลุ่มที่มีผู้ดูแลกว่า 90.0% เป็นคู่สมรส/ลูก และภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลงทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาขาดผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวันในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจาก 7.7% ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 8.7% ในปีพ.ศ.2557[1] ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีภาวะและความต้องการการพึ่งพิงในการดูแลกิจวัตรประจำวัน 15.6% และจากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ.2552 พบว่ามีความต้องการการดูแลระยะยาวในเพศชายประมาณ 60,000 คน เพศหญิง 100,000 คน และอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นในเพศชายเป็น 100,000 คน และเพศหญิง 140,000 คน[2] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับการดูแลหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ การสร้างอาชีพและรายได้ รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัวเป็นต้น

รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาวพึ่งพิง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งและไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) แบบบูรณาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 โดยสนับสนุนงบประมาณให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จำนวน 600 ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 เพื่อการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน/ติดเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัว อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือป้องกันผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่ให้เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม โดยในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลได้เริ่มสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ในอัตราเหมาจ่าย

รายละ 5,000 บาท/คน/ปี โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ[3]

เช่นเดียวกับ อำเภออาจสามารถ มีประชากรทั้งสิ้น 73,213 คน มีประชากรผู้สูงอายุร้อย 14.42 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.56 และกลุ่มติดบ้านร้อยละ 3.61 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 11 แห่ง แบ่งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต) 9 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง และมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น14 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุหลายรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล บางรายอยู่กับหลานตามลำพัง บางรายอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่า และมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอำเภออาจสามารถเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในปี พ.ศ.2559 และครบทั้ง 11 แห่งในปี พ.ศ.2562 แต่จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่าหลายแห่งไม่มีการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณเนื่องจากความไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ระเบียบไม่ชัดเจน แนวทางการเบิกจ่ายงบประมาณชัดเจน และปัญหาการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการดำเนินงานของทั้ง 11 แห่งไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุในบางกองทุนฯ ไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ บางรายไม่มีผู้ดูแลถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : CM) บางรายไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของ Care Manager ขาดความมั่นใจ ส่งผลให้ไม่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภออาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart[4] โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่ทั้ง 10 ตำบล 11 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ระยะศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สัมภาษณ์เชิงลึก 12 คน 2) กลุ่มญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สัมภาษณ์เชิงลึก 38 คน 3) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึก 22 คน และสนทนากลุ่ม 8 คน (2) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สัมภาษณ์เชิงลึก 15 คน และสนทนากลุ่ม 12 คน (3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) สัมภาษณ์เชิงลึก 31 คน และสนทนากลุ่ม 12 คน (4) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : CM) สัมภาษณ์เชิงลึก 15 คน (5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 15 คน และ 4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver รวม 55 คน

2.2 ระยะติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยการสังเกต การเก็บข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกันในภาคีเครือข่ายเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนา จำนวน 92 คน

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน 1) ประชุมทีมวิจัย สร้างความเข้าใจ และแต่งตั้งคณะทำงาน 2) ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล 3) เก็บรวบรวมข้อมูล บริบท สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติและผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อทราบปัญหาสาเหตุและผลกระทบของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน สถานการณ์การดำเนินงาน Long Term Care ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 4) นำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวม เรียบเรียง จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนการนำเสนอข้อมูล 5) คืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล Care Manager, Caregiver ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 วางแผนปฏิบัติการและนำรูปแบบการดำเนินงานไปปฏิบัติ

1.ขั้นวางแผน (Plan) การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) จัดประชุมนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ระดมความคิดเห็น และจัดทำแผนแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วางแผนการนำรูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ร่วมกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver 2) แต่งตั้งคณะกรรมการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน Long Term Care ระดับอำเภอ ประกอบด้วย ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนผู้บริหารท้องถิ่น และตัวแทน Care Manager ระดับอำเภอ 3) วางแผนจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานกองทุน Long Term Care, Care Manager, Caregiver ปีละ 2 ครั้ง 4) วางแผนจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอครอบครัวระดับอำเภอ ปีละ1 ครั้ง และ5) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ

2.ขั้นตอนดำเนินการ (Act) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดย 1) พัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีม Care Manager ระดับอำเภอทุก 6 เดือน 2) แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ประกอบด้วย ตัวแทน Care Manager, Caregiver, ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประสานงานระดับอำเภอ เพื่อรับฟังปัญหาและประสานงานระหว่างพื้นที่กองทุน Long Term Care กับอำเภอและจังหวัดในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงาน Long Term Care 3) พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอครอบครัว โดยในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละครั้งจะมีการประสานพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้ทราบสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 4) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอครอบครัวประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งข้อมูล

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อการติดตามเยี่ยม และการให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ 5) ทีมสหวิชาชีพร่วมกับ Care Manager จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการอบรม Caregiver โดยกำหนดให้มีการพาผู้เข้าอบรม Caregiver ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุฝึกการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว 6) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานกองทุน Long Term Care และ 7) ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอลงพื้นที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในกองทุน Long Term Care ที่มีปัญหา/ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ประสานทีมจังหวัดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน

3.ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) โดย 1) ติดตามสังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ Caregiver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) ติดตามสังเกตจากการออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว 3) การออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพ และ 4) ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอประชุม Care conference ร่วมกับคณะอนุกรรมการ Long Term Care ทุกแห่ง

4.ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดย 1) การประชุม Caregiver ของแต่ละกองทุน Long Term Care 2) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอครอบครัวระดับอำเภอ 3) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน Caregiver ระดับอำเภอ 4) การนิเทศติดตามกองทุน Long Term Care ของทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ 5) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีม Care Manager ระดับอำเภอ 6) การติดตามเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย และ 7) การนำเสนอผลการพัฒนาในการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายศึกษาผลการดำเนินงานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสารผลการดำเนินงานกองทุน Long Term Care และการประเมินกองทุน Long Term Care การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกันในภาคีเครือข่ายเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนาต่อเนื่อง จำนวน 92 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทัศนคติ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น Caregiver, Care Manager เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การดำเนินงานกองทุน Long Term Care ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. แบบสนทนากลุ่ม ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน และกลุ่ม Caregiver เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน Long Term Care ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข และกลุ่ม Care Manager เกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน Long Term Care การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระบบบันทึกข้อมูลและการรายงานในโปรแกรม Long Term Care ทั้ง 3 โปรแกรม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้น

3. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

4. แบบรายงานผลการนิเทศติดตามกองทุน Long Term Care

5. แบบบันทึกสรุปการถอดบทเรียนและสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (Content Analysis) และการตีความ (Interpretation) เพื่อเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Data triangulation) จากวิธีการเก็บข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

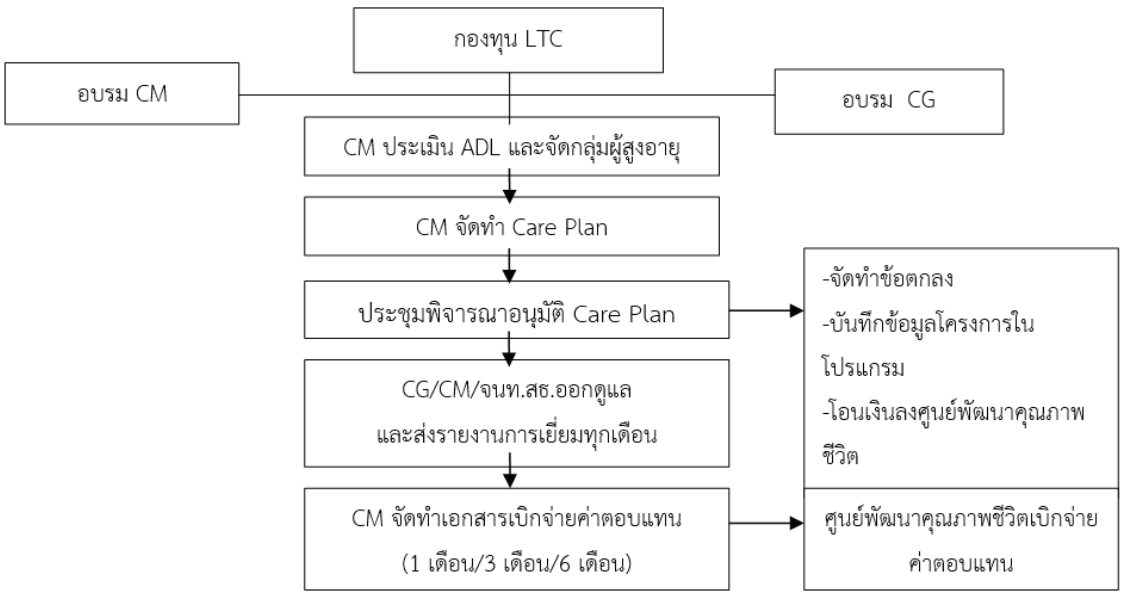
การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1132562 ให้ไว้ วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลต่างๆจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงได้รับทราบสิทธิในการออกจากโครงการโดยไม่มีเงื่อนไขหรือผลกระทบต่อหน้าที่การงานแล้วจึงมีการลงชื่อในใบยินยอม

ผลการวิจัย

บริบทและสถานการณ์การดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า อำเภออาจสามารถมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 11 แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 9 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้น 73,213 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 10,543 คน (14.42%) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 440 คน (4.17%) แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 381 คน (3.61%) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 59 คน (0.56%) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน และอยู่ตามลำพัง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหงา ซึมเศร้า รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังคำกล่าวที่ว่า “อยู่กัน 5 คน..มีแต่คนแก่ทั้งหมด..คนหนึ่งตาบอด.. อีกคนติดเตียงช่วยตัวเองไม่ได้..อีก 2 คนก็พิการ..เราคนดูแลก็แก่เหมือนกัน..” หรือคำกล่าว “เหงา..อยากมีเพื่อน.. อยากไปวัดไปทำบุญ..แต่ไปไม่ได้..ไม่มีคนพาไป..อยู่คนเดียว” และ “อยู่กับหลาน 4 คน..พ่อแม่มันทิ้งไปหมด...ยายก็แก่แล้ว ทำงานไม่ได้..อาศัยไปขอข้าววัดกับชาวบ้านมาเลี้ยงหลานๆ” ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ภาระหลักจึงตกเป็นของคนในครอบครัว ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มากกว่า 2 ใน 3 เป็นบุตรหลาน ในขณะที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงนั้นเป็นงานที่หนักและเหนื่อยมากจึงต้องการให้มีคนมาช่วยดูแลเพื่อแบ่งเบาภาระ ดังคำกล่าวที่ว่า“ท้อมาก..เหนื่อยมาก.. เราคนเดียวต้องดูแลคนแก่ตั้ง 2 คน..จะไปไหนมาไหนก็ไม่ได้...บางวันไม่ไหวก็ร้องไห้คนเดียว...มันเหนื่อย...มันท้อ ...อยากให้มีคนมาช่วยเราบ้าง” หรือคำกล่าว“เหนื่อยมากที่สุดเลยดูแลคนไข้สมองเสื่อมนี่...ไปไหนไม่ได้เลย...อยากไปซื้อของในตลาดก็ไปไม่ได้...ฝากคนอื่นดูแลแทนก็ไม่ได้เพราะพ่อเราไม่เหมือนคนอื่นแกจำเราได้คนเดียว...ขนาดให้ลูกคนอื่นๆ มาช่วยดูแลแกก็ไม่เอา..แกจำเขาไม่ได้...เหนื่อยมากค่ะ ...ทั้งเหนื่อยทั้งเครียด...อยากมีคนมาช่วยเราดูแลให้เราได้พักบ้าง...ได้พูดคุยแก้เครียดบ้างก็ยังดี” ในขณะที่คนในชุมชนส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า “พ่อแม่ใครก็ต้องดูแลเอาเอง..จะให้คนอื่นเขาไปยุ่งยากด้วยทำไม..เป็นลูกเป็นหลานก็ดูแลกันเองสิ”

อำเภออาจสามารถมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมัครเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care :LTC) ในปี พ.ศ.2559 และครบทั้ง 11 แห่งในปี พ.ศ.2562 ซึ่งพบว่ากองทุน Long Term Care ไม่มีการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณถึงร้อยละ 45.45% ซึ่งมีสาเหตุมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน Long Term Care ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน บางแห่งไม่มีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงไม่ดำเนินการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลัวการตรวจสอบจากหน่วยตรวจสอบ ดังคำกล่าวที่ว่า “ระเบียบในการเบิกจ่ายยังไม่มีความชัดเจนเลย...เวลา สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) มาตรวจเราก็เสี่ยง..เราก็กลัวนะ” ในขณะที่ Care Manager บางรายไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน Long Term Care ขาดองค์ความรู้ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

ไม่เข้าใจระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของ Care Manager ขาดการประสานงานระหว่าง Care Manager และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการดูแล ซึ่งบางพื้นที่มี Caregiver ออกให้บริการดูแลแต่ไม่มีการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ Caregiver ดังคำกล่าว “ออกทำงานทุกเดือน..รายงานกะส่งทุกเดือน..แต่ก็ไม่ได้เงินซักบาท...มันก็ท้อหมดแรงหมดกำลังใจนะ..ถาม Caregiver ตำบลอื่นเขาก็ได้ค่าตอบแทนนะ ...แต่ตำบลเราทำไมไม่ได้..” นอกจากนี้ยังพบว่าขาดการมีส่วนร่วมในการทำงานของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรูปแบบการดำเนินงานกองทุน Long Term Care มีดังนี้

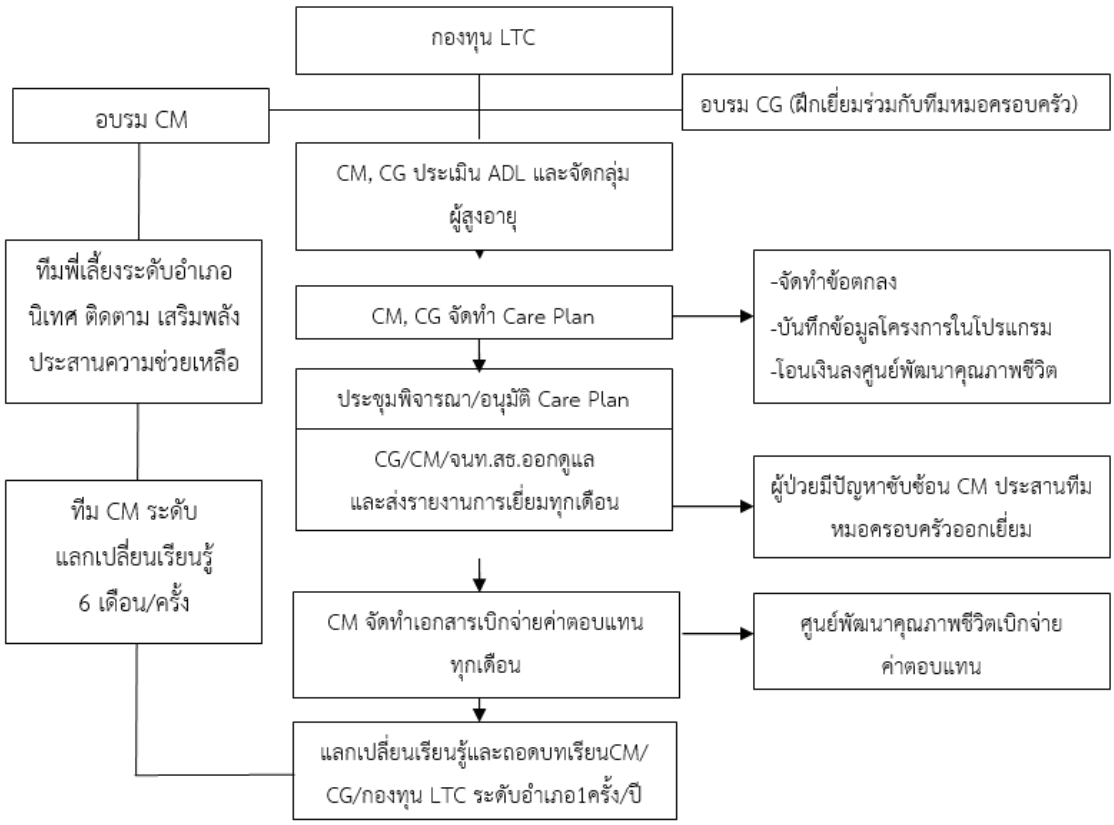


ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานกองทุน Long Term Care อำเภออาจสามารถก่อนพัฒนา

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วจึงดำเนินการคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้บริหารผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver เพื่อระดมความคิดเห็น และร่วมกันพัฒนารูปแบบระบบการดำเนินงาน Long Term Care อำเภออาจสามารถ หลังจากนั้นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันวางแผนพัฒนากองทุน Long Term Careโดยกำหนดให้ 1)ให้กองทุน Long Term Care ทุกแห่งนำรูปแบบการดำเนินงาน Long Term Care อำเภออาจสามารถไปปฏิบัติ 2)พัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีม Care Manager ระดับอำเภอทุก 6 เดือน 3) แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ประกอบด้วย ตัวแทน Care Manager, Caregiver, ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ประสานงานระดับอำเภอ เพื่อรับฟังปัญหาและประสานงานระหว่างพื้นที่กองทุน Long Term Care กับอำเภอและจังหวัดในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงาน Long Term Care 4) พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอครอบครัวโดยในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละครั้งจะต้องประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมออกเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้ทราบสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 5) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอครอบครัวประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ทีมหมอ

ครอบครัวเพื่อการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ 6) ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร่วมกับ Care Manager จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการอบรม Caregiver โดยกำหนดให้พาผู้เข้าอบรม Caregiver ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ฝึกการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว 7) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงปีละ1ครั้ง 8) ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอลงพื้นที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในกองทุน Long Term Care ที่มีปัญหา/ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ประสานทีมจังหวัดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และ 9) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทน Care Manager ตัวแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระดับอำเภอ

การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จำแนกเป็นผลลัพธ์ และผลผลิตจากการดำเนินงาน ดังนี้ **ด้านผลลัพธ์** พบว่า 1) กองทุน Long Term Care ทุกแห่งมีการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณเป็นปัจจุบัน 2) ผลการประเมินกองทุน Long Term Care โดยผู้ประเมินภายนอกมีคะแนน 80 คะแนนขึ้นไปทั้ง 11 แห่ง 3) ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านเพิ่มขึ้น (17.50%) เปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคมเพิ่มขึ้น (22.72%) และผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น (67.28%) 4) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นโดยประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ความใส่ใจผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น ร่วมค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้เข้ารับการดูแลมากขึ้น รวมทั้งให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าว “นอกจากคุณหมอกับ Caregiver ที่มาดูแลประจำแล้ว..เดี๋ยวนี้ทางผู้นำฯ อสม... อบต.เพิ่นกะมาดูแล..มาเฮ็ดพื้นเฮือน..เฮ็ดห้องน้ำให่..เวลาสีไปหาหมอเพิ่นกะเอารถ อบต.มารับ” 5) มีรูปแบบการอบรม Caregiver โดยพาผู้เข้าอบรมออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว ทำให้ Caregiver มีความมั่นใจในการออกดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น 6) มีเครื่องมือในการทำงานคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกัน 7) มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอนิเทศติดตามและเสริมพลังให้กองทุน Long Term Care ทุกแห่งและประสานความช่วยเหลือกองทุนที่มีปัญหา 8) มีรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 9) มีรูปแบบการดำเนินงาน Long Term Care โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานกองทุน Long Term Care อำเภออาจสามารถหลังพัฒนา

ด้านผลผลิต พบว่า 1) ด้านตัว Caregiver พบว่า Caregiver ทุกคนรู้สึกมีความสุขที่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้พัฒนาศักยภาพตนเอง ได้เพื่อน ได้เครือข่ายในการทำงาน และคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ได้บุญ “คิดว่าทำแล้วได้บุญ...เป็นสะสมบุญให้ตัวเอง ..พอเราแก่ตัวมาก็จะได้มีคนมาดูแลเรา..ไม่คิดว่าเป็นภาระ” 2) ด้านผู้สูงอายุและครอบครัว รู้สึกดีใจที่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาดูแลช่วยเหลือ ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ดังคำกล่าว “ดีใจที่มีคนมาดูแล....ขนาดลูกหลานตัวเองยังไม่เคยมาดูแล ..นี่เขาเป็นคนอื่นแท้ๆ เขายังมีน้ำใจมาดูแลเรา..พวกหมอก็มาเยี่ยม...เอารถมารับพาไปทำฟัน...เอายามาให้...ขนาดทำบุญบ้านก็มี CG กับ อสม.และชาวบ้านนี่ล่ะเป็นคนจัดการให้...ไม่คิดว่าจะมีใครมาดูแลเราขนาดนี้(ร้องไห้)” และคำกล่าวที่ว่า “ดีใจที่มีคนมาช่วยดูแล...เวลาเราไม่อยู่ก็จะไม่ต้องคอยเป็นห่วงเหมือนเมื่อก่อน..พี่(CG) ก็ดูแลดี...ช่วยทุกอย่าง” 3) ด้านความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างบุคคลและองค์กร การดำเนินงาน Long Term Care ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ส่งผลให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างบุคคล ชุมชน และองค์กร 4) อำเภออาจสามารถได้รับคัดเลือกให้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกองทุน Long Term Care ระดับจังหวัดในปี พ.ศ.2563

บทเรียนที่ได้รับคือการถอดบทเรียนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีการนิเทศติดตามและเสริมพลังช่วยสร้างความมั่นใจในการทำงานให้สามารถขับเคลื่อนไปในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการเรียนรู้ตามบริบทที่แตกต่างกัน ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่ง

เป้าหมายในการดูแลอาจไม่ใช่การยืดชีวิตหรือฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเหมือนเดิม แต่เป็นการลดความทุกข์ทรมานในชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย และปัจจัยความสำเร็จคือ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน Care Manager, Caregiver ญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและร่วมผลักดันให้กองทุน Long Term Care สามารถขับเคลื่อนไปได้

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน[5] สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) การบริการเชิงรุก 4) การบริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา[6] และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจ คัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง และ 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ[7]

2. ผลลัพธ์การดำเนินงานครั้งนี้สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังดำเนินกระบวนการ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง[7] และการประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า 1) ผู้สูงอายุมี ADL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 33.27 2) การดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 99.47 (188/189 ตำบล) 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ LTC เพิ่มขึ้นจาก 373 คน เป็น 6,307 คน และ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นจาก 51 แห่งเป็น 207 แห่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง[8]

ข้อเสนอแนะ

1.ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในการขับเคลื่อนงานอื่นๆ

2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(กรมอนามัย) ควรพัฒนาศักยภาพ Care Manager ให้มีองค์ความรู้และทักษะในการบริหารจัดการทั้งในด้านคน เงิน ของ และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ

3.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(สปสช.)ควรจัดทำระเบียบ/แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการประชุมชี้แจง

แนวทางการดำเนินงาน Long Term Care แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ Care Manager, Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัจนา, สาวิณี สุริยันรัตกร. ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):608-24.
2. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
3. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชรี อมรโรจน์วราวุฒิ, ปิยะธิดา คูหิรัญญรัตน์, ธารา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร. ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC). ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
5. ยุทธพล เดชารัตนชาติ, ยิ่งศักดิ์ คชโคตร. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565;22(3):63-80.
6. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศัลวิตร, นฤมล บุญญนิวารวัฒน์. รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. มนุษยสังคมสาร (มสส.). 2562;17(1):1-19.
7. วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13-28.
8. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):140-55.