

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of the Family Care Team and Network Participation on Service Care Model for Dependent Elderly and Disabled person in Atsamat District, Roi Et Province

ศรันธรัตน์ ศิลปภักษา* ธารา รัตนอำนวยศิริ**

Saranrat Sinlapaksa , Thara Rattanaamnaysiri

Corresponding author: E-mail: sisterer1_d@hotmail.com

(Received: January 13,2023 ; Revised: January 20,2023 ; Accepted: February 15,2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ญาติ/ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทีมหมอครอบครัว ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 242 คน ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน การวิจัยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหา ค้นข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย และร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ระยะที่ 2 วางแผนและนำรูปแบบการไปปฏิบัติ และระยะที่ 3 ติดตามประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความพิการกว่าร้อยละ 30 ไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการเกิดจากผู้พิการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ฐานะยากจน ไม่มีผู้ดูแล แพทย์ต้องประเมินความพิการทุกราย ไม่มีช่องทางด่วน ใช้เวลานาน และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนประกอบด้วยขั้นตอนการออกหนังสือรับรองความพิการโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล และการมีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการ และ 3) หลังการพัฒนาพบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขทุกราย

สรุปและข้อเสนอแนะ : ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนร่วมกันค้นหาผู้พิการและส่งต่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และได้รับสวัสดิการทางสังคม โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และร่วมกันพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ผู้พิการ; ทีมหมอครอบครัว

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

**นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอาจสามารถ

ABSTRACT

Purpose : To develop of the Family Care Team and network participation on dependent elderly and disabled person service care model in Atsamat District.

Study design : Participatory Action Research : PAR

Materials and Methods : The operation for the dependent elderly and disabled person, the relatives, the local government organization officer, Health officer, Health volunteers, Head of the community, Caregiver (CG) and Care Manager (CM) and family care team, there are 242 persons. The materials in the study are the In-depth interview, focus group, observation for non-participation, document review, satisfaction assessment form. The study has 3 phase. 1) Study the context and situation for the dependent elderly and disabled person in the community, feedback for develop the Participation on service care model for family care team design with the participation network. 2) Plan to action and develop the system by the family care team and participation network and 3) Evaluation phase. The quality data analyze the content analysis and the quantity data by the descriptive statistic. The study is on October 2021-December 2022.

Main findings : 1) The dependent elderly and disabled person in Atsamat District no have registered for disabled person ID card more than 30 percent, because most of them are the dependent elderly person, poor , leave alone, the medicine assessment, no hospital pathway and loss of the community and network participation. 2) The model of the Family Care Team and Network Participation on dependent elderly and disabled person service care include the family medicine are assessment and improved for disabled person certificate by Group Line and the pathway for elderly and disabled person in hospital, and 3) After the development, the dependent elderly and disabled person had social welfare and health service 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; Disabled person; Family Care Team

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

**Medical Physician, Expert Level. Atsamat Hospital.

บทนำ

รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาวพึ่งพิง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งและไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข 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/ติดเตียง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัวอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ป้องกันผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่ให้เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม โดยในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลได้เริ่มสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ในอัตราเหมาจ่ายรายละ 5,000 บาท/คน/ปี โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ¹

ปัจจุบันรัฐบาลตระหนักและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการมากขึ้น เนื่องจากสภาพของความเป็นอยู่และการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมจึงสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้รับความคุ้มครอง สงเคราะห์ พัฒนาสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม การพัฒนาและแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆ ให้สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนทั่วไป รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ชุมชน และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น โดยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งเน้นให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ซึ่งในมาตรา 21 บัญญัติไว้ว่า เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบ หรือประกาศแล้วแต่กรณีให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ประกอบกับพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546 มาตรา 67(6) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ต้องส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบหลายหน่วยงานได้กำหนดแนวทาง และนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินการหาแนวทางและมาตรการที่สำคัญเพื่อส่งเสริมให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี²

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาระบบสุขภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการ

แพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ในขณะเดียวกัน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพ พ.ศ.2562 มีเจตนารมณ์ให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ประชาชนชาวไทยได้มีสิทธิได้รับการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน³ รวมทั้งมีนโยบายการทำงานระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนคือ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนกับบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการและประสานงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกครอบครัว และทุกชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴ เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล นโยบายทีมหมอครอบครัวได้ถูกถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน โดยมีบทบาทในการดูแลให้คำปรึกษาเสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติมิตร มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง⁵ โดยมีจุดมุ่งหมายในการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้ “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เปลี่ยนเป็นการใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว”⁶

ตั้งสถานการณ์ในอำเภออาจสามารถ มีประชากรทั้งสิ้น 73,213 คน มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.42 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.56 และกลุ่มติดบ้านร้อยละ 3.61 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้พิการทั้งสิ้น 2,422 คน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 11 แห่ง แบ่งเป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) 9 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง และมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น 14 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ซึ่งอำเภออาจสามารถเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในปี พ.ศ.2559 และครบทั้ง 11 แห่งในปี พ.ศ.2562 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอให้มีการดำเนินงานในทิศทางเดียวกันจนสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณเป็นปัจจุบันทุกแห่ง และมีการดำเนินงานหมอครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยมีการจัดทำแผนในการออกติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้ง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่โดยกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้พิการ ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านพบว่ามากกว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพิการและยังไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ซึ่งมีสาเหตุมาจากเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีฐานะยากจน อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลทำให้ไม่มีคนพาไปขอหนังสือรับรองความพิการ บางรายได้หนังสือรับรองความพิการแล้วแต่ไม่มีคนพาไปทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด บางรายต้องจ้างเหมารถพาไปทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ทุกคนต้องให้นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการซึ่งผู้พิการบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง ทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้จนไม่มาพบแพทย์ตามนัด ในขณะที่โรงพยาบาลเองไม่มีช่องทางด่วนสำหรับการขอหนังสือรับรองผู้พิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้พิการจำนวนมาก

ไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ส่งผลให้เสียโอกาสในการรับสวัสดิการทางสังคม ไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทำให้ผู้พิการในชุมชนไม่ได้หนังสือรับรองความพิการจากทีมหมอครอบครัว ส่งผลให้ไม่ได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดูแลจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁷ โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ขอบเขตพื้นที่** ดำเนินการในพื้นที่ทั้ง 10 ตำบล 11 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. **ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย** ประกอบด้วย

2.1 ระยะศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสัมภาษณ์เชิงลึก 18 คน 2) ผู้พิการ สัมภาษณ์เชิงลึก 20 คน 3) กลุ่มญาติและผู้ดูแล สัมภาษณ์เชิงลึก 17 คนและสนทนากลุ่ม 10 คน 4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 71 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึก 12 คนและสนทนากลุ่ม 8 คน (2) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น สัมภาษณ์เชิงลึก 11 คน(3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) สัมภาษณ์เชิงลึก 19 คน และสนทนากลุ่ม 10 คน (4) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : CM) สัมภาษณ์เชิงลึก 11 คน และ 5) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัดทันตแพทย์ เภสัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 34 คน

2.2 ระยะติดตามประเมินผลโดยการสังเกต การเก็บข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกันในภาคีเครือข่ายเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนา จำนวน 72 คน

3. **ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย** แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ได้แก่ 1) ประชุมทีมวิจัย สร้างความเข้าใจ และแต่งตั้งคณะทำงาน 2) ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล 3) เก็บรวบรวมข้อมูล บริบท สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ญาติและผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อทราบปัญหา สาเหตุและผลกระทบของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน สถานการณ์การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แนวทางการขอหนังสือรับรองความพิการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 4) นำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวม เรียบเรียงจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนการนำเสนอข้อมูล 5) ประชุมเพื่อคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย

ที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข Care Manager, Caregiver ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ และนำรูปแบบการดำเนินงานไปปฏิบัติ

1.ขั้นวางแผน (Plan) สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ประกอบด้วย 1) จัดประชุมนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ระดมความคิดเห็น และจัดทำแผนแก้ไขปัญหากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมหมอบรรเทาทุกข์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver 2) วางแผนการเยี่ยมบ้านของทีมหมอบรรเทาทุกข์จากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบรรจุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในแผนการเยี่ยม 3) ในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอบรรเทาทุกข์ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทีมหมอบรรเทาทุกข์จึงประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการโดยจัดทำแนวทางการส่งข้อมูลผู้พิการเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และรูปถ่าย และเพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยจัดตั้งกลุ่มไลน์ทีมหมอบรรเทาทุกข์เพื่อใช้ในการสื่อสารการให้คำปรึกษา การส่งข้อมูลผู้ป่วย/ผู้พิการระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมหมอบรรเทาทุกข์ และแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งทราบ 4) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาทุกข์ระดับตำบลและอำเภอ 5) วางแผนจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอบรรเทาทุกข์ระดับอำเภอปีละ 1 ครั้ง และ 6) แต่งตั้งคณะ

กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ

2.ขั้นตอนดำเนินการ (Act) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดย 1) พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอบรรเทาทุกข์ โดยเพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมบ้านจากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบรรจุผู้พิการอยู่ในแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ประเมินและออกหนังสือรับรองความพิการ 2) ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ นายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง โดยส่งหนังสือเชิญและแจ้งแผนการออกเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอบรรเทาทุกข์ทุกครั้ง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้ทราบสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการแบบองค์รวมและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 3) ประชุมถอดบทเรียนการเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกครั้งหลังการเยี่ยมเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 4) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอบรรเทาทุกข์ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการให้ทีมหมอบรรเทาทุกข์เพื่อการติดตามเยี่ยม และการให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ 5) ทีมสหวิชาชีพร่วมกับ Care Manager จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการอบรม Caregiver โดยกำหนดให้มีการพาผู้เข้าอบรม Caregiver ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุฝึกการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอบรรเทาทุกข์ 6) ชี้แจงแนวทางการขอหนังสือรับรองความพิการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประชุมนำเสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกแห่ง 7) ประชุมพัฒนาศักยภาพ Care Manager ในระดับอำเภอ 6 เดือน/ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันและ 8) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอบรรเทาทุกข์ระดับอำเภอปีละ 1 ครั้ง

เพื่อนำเสนอผลงานเด่นและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3.ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) โดย

1) ติดตามสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ Caregiver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การสอบถามผู้ป่วยและญาติ 3) การออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพ และ 4) การประชุม Care conference ร่วมกับคณะกรรมการ Long Term Care ทุกแห่ง

4.ขั้นตอนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดย

1) การประชุมของกองทุน LTC แต่ละแห่ง 2) การประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอบรรคับหลังการเยี่ยมบ้าน 3) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทีมหมอบรรคับระดับอำเภอ 4) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน Caregiver ระดับอำเภอ 5) การนิเทศติดตามกองทุน LTC ของทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ 6) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีม Care Manager ระดับอำเภอ 7) การติดตามเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่าย และ 8) การนำเสนอผลการพัฒนาในการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล ศึกษาผลการดำเนินงานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสารผลการดำเนินงานทีมหมอบรรคับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Care Manager ระดับอำเภอ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการกองทุน LTC ระดับอำเภอ การประเมินกองทุน LTC ระดับอำเภอ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทีมหมอบรรคับระดับอำเภอเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนาต่อเนื่อง จำนวน 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทศนคติ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น Caregiver, Care Manager เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การดำเนินงานกองทุน LTC ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. แบบสนทนากลุ่ม ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน และกลุ่ม Caregiver เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน LTC ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข และกลุ่ม Care Manager เกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน LTC การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้น

3. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

4. แบบรายงานผลการนิเทศติดตามกองทุน LTC

5. แบบบันทึกสรุปการถอดบทเรียนและสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

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

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1442564 ให้ไว้ วันที่ 1 ธันวาคม 2564 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครและเปิดโอกาส

ให้สอบถามข้อมูลต่างๆ จนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงได้รับทราบสิทธิในการออกจากโครงการโดยไม่มีเงื่อนไขหรือผลกระทบต่อนหน้าที่การงานแล้วจึงมีการลงชื่อในใบยินยอม

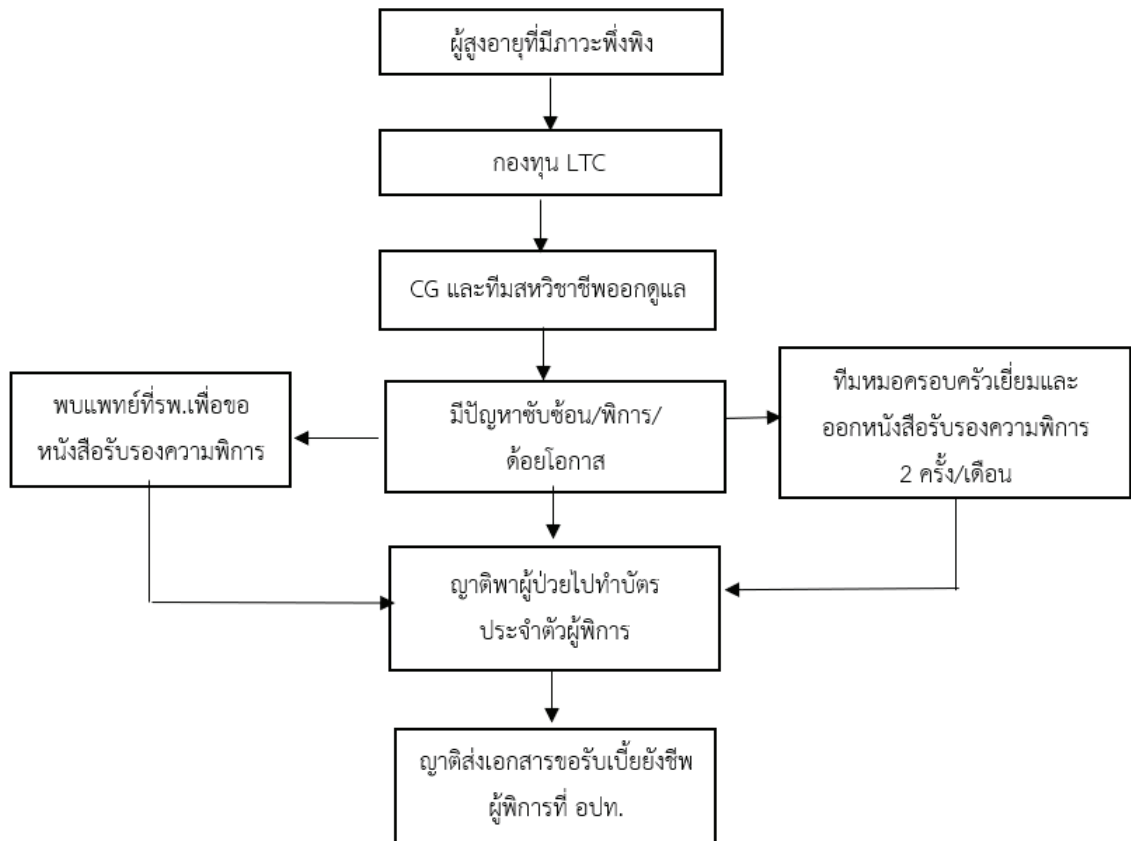
ผลการวิจัย

บริษัทและสถานการณ์การดำเนินงาน และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ พบว่าอำเภออาจสามารถมีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น (อปท.) 11 แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 9 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้น 73,213 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 10,543 คน (14.42%) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 440 คน (4.17%) แบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 381 คน (3.61%) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 59 คน (0.56%) มีผู้พิการที่จดทะเบียนคนพิการทั้งสิ้น 2,422 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 1,304 คน และเพศหญิง 1,118 คน มีการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด โภชนากร แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข โดยมีแผนออกเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการออกเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนมากกว่าร้อยละ 30 ยังไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก 1) ตัวผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เคลื่อนย้ายลำบาก บุตรหลานพาไปโรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการลำบาก ดังคำกล่าว “ ยายติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สิทธิไปหาหมอจะยาก บ่มีคนมาช่วยอุ้มขึ้นรถ กะเลยบ่พาไปโรงพยาบาล ” บางรายมีฐานะยากจนไม่มีรถพามาโรงพยาบาล ดังคำกล่าว “ บ่มีรถพาไป ถ้าสิไปกะต้องเหมา

รถพาไปโรงพยาบาล..มันแพง..ค่าเหมารถเพิ่มเอาหน้า 300 บาท ...บ่มีเงินไปจ้างเพ็นดอก ” บางรายอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล ไม่มีญาติพาไปโรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการดังคำกล่าว “ อยู่คนเดียว...ลูกหลานเขาอยู่กรุงเทพฯ กลับมาบ้านปีละทีสองที...เขาบ่มีเวลาพาไปโรงพยาบาลดอก ” ทำให้ผู้พิการหลายรายเสียโอกาสในการรับสวัสดิการทางสังคมไม่สามารถเข้ารับการรักษารักษาพยาบาล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง 2) ด้านบุคลากร พบว่าแพทย์ทุกคนต้องให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการ ดังคำกล่าว “ คนไข้ต้องมาให้หมอตรวจประเมินก่อนจึงจะออกหนังสือรับรองความพิการได้..เรามามีเวลาออกไปดูให้หรอกพี่..แต่ตรวจคนไข้ในโรงพยาบาลก็เยอะจนไม่มีเวลาแล้ว...ถ้าเขาอยากได้หนังสือรับรองก็ต้องเข้ามาให้หมอได้ดู ” ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้งทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ ดังคำกล่าว “ หมอบางคนเขาไม่ออกหนังสือรับรองให้...เราก็ต้องมาอีกวันเพื่อจะได้เจอหมอคนใหม่..เผื่อจะได้ ” และคำกล่าว “ กว่าจะได้หนังสือรับรอง(ความพิการ) ต้องมาอยู่ 3 รอบ..เพราะหมอคนที่นัดมาเพ็นบ่อยู่..ลำบากคัก..มาแต่ละทีต้องใช้เวลามากมื่อเลย ” 3) ด้านระบบบริการ พบว่าใช้เวลาในการรอคิวพบแพทย์นาน และโรงพยาบาลไม่มีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการ ดังคำกล่าว “ มาหาหมอแต่ละทีรอโดนคัก..กว่าจะได้ตรวจต้องรอคิวโดน...หมดมื่อเลยละ...คนไข้กะหลาย..หมอกะน้อย..ต้องรอคิวตรวจกับคนไข้ทั่วไป...เพ็นบ่มีช่องทางด่วนให้คนพิการ ” 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ คนส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า “ พ่อแม่ใครก็ต้องดูแลเอาเอง..จะให้คนอื่นเขาไปยุ่งยากด้วยทำไม..เป็นลูกเป็นหลานก็ดูแลกันเองสิ ” ผู้พิการที่บางรายแม้จะได้หนังสือรับรองความพิการแล้วแต่ไม่สามารถเดินทางไปทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดได้ เนื่องจากไม่มียานพาหนะ ไม่มีคนพาไป ไม่มีเงินจ่ายค่าเหมารถพาไป ดังคำกล่าว “ ได้หนังสือรับรองมา

แล้วก็ยังบ่ทันได้ไปเฮ็ดบัตรคนพิการดอก...บ่มีรถ...
บ่ทันมีเงินเหมารถไป..มันไกลไปลำบาก” และคำกล่าว
“ อยู่กัน 2 คนตายาย...ยายกะตาบอด..ตากะคนพิการ...
ไปมาจะยาก..เงินกะบ่มี..ไปแต่ละทีต้องเหมารถไป..
เพิ่นเอาหน้า 500-600 บาท...บ่ทันมีเงินเหมารถไปกะเลย

บ่ทันได้เฮ็ดบัตรคนพิการอยู่” ส่งผลให้ผู้พิการไม่ได้
รับสวัสดิการทางสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งรูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนพิการอำเภอ
อาจสามารถ มีดังนี้ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถก่อนพัฒนา

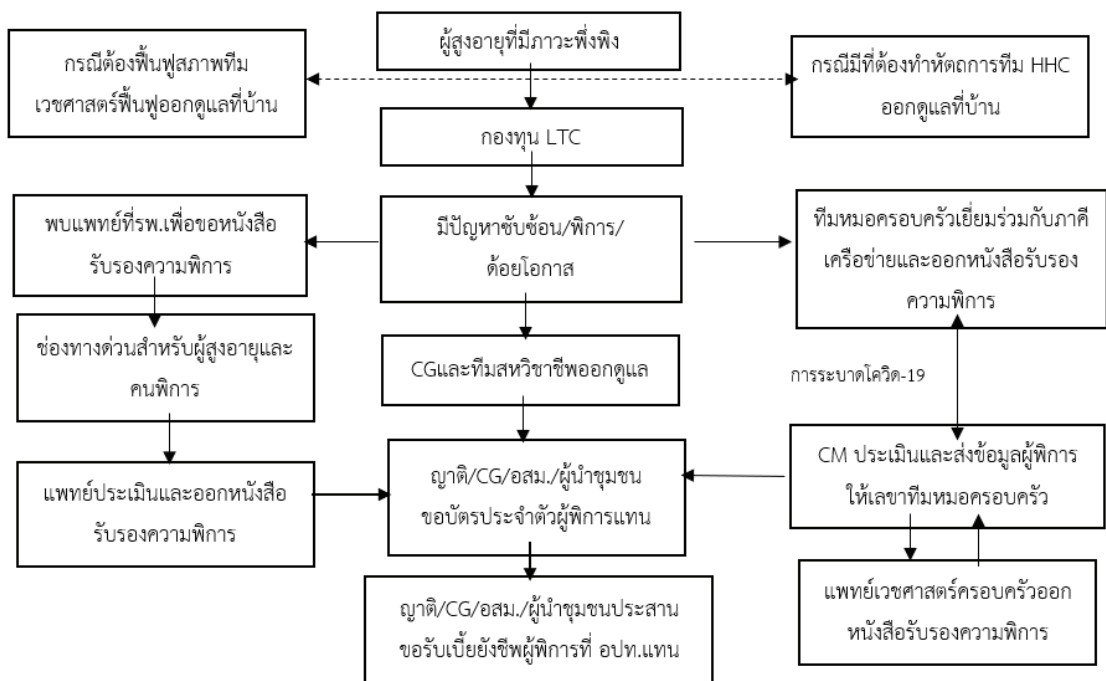
หลังจากวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver เพื่อระดมความคิดเห็น และร่วมกันพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถ โดยร่วมกันวางแผนพัฒนาดังนี้ 1) ทีมหมอครอบครัวทำแผนการออกเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากเดือนละ 2 ครั้งเป็นเดือนละ 4 ครั้งโดยบรรจุผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการให้ที่บ้าน 2) ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับทีมหมอครอบครัว ทุกครั้งโดยเลขาทีมหมอครอบครัวทำหนังสือแจ้งแผนการออกเยี่ยมบ้านแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รวมทั้งประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Care Giver ร่วมออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม 3) โรงพยาบาลจัดทำช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในการเข้ารับบริการ 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลอาจสามารถออกให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Caregiver 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดในการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการโดยไม่ต้องพาผู้พิการไปเอง 6) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ทีมหมอครอบครัวจึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจัดทำแนวทางการออกหนังสือ

รับรองความพิการโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย และรูปถ่ายที่แสดงให้เห็นความพิการส่งให้เลขาทีมหมอครอบครัวเพื่อประสานให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการเฉพาะความพิการด้านการเคลื่อนไหว 7) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในการประชุมกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพและกองทุน LTC ทุกแห่ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในระดับอำเภอทุกปี 8) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอครอบครัวประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ 9) แต่งตั้งคณะกรรมการทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและระดับอำเภอและ 10) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ 1 ครั้ง/ปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเด่นและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขร่วมกัน

ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จำแนกเป็นผลลัพธ์ และผลผลิตจากการดำเนินงาน ดังนี้ ด้านผลลัพธ์พบว่า 1) ภาคีเครือข่ายทั้ง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver และ Care Manager ร่วมกันค้นหาผู้พิการในชุมชนและร่วมดูแลผู้พิการมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver จะดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับเงินเบี้ยยังชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับหนังสือรับรองความพิการและได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น (ปี พ.ศ. 2563-2565 = 22, 46

และ 66 ราย ตามลำดับ) 3) ทีมหมอครอบครัวมีแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) มีแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล 5) มีการสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทางกลุ่มไลน์หมอครอบครัว 6) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลในระบบ LTC และเข้าถึงบริการด้าน

สาธารณสุข ทุกวัย 7) โรงพยาบาลมีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ 8) อัตราความพึงพอใจต่อบริการในชุมชนเพิ่มขึ้น (ปี พ.ศ. 2563 – 2565 = 88.65%, 92.56% และ 97.71% ตามลำดับ) และ 9) มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถหลังพัฒนา

ด้านผลผลิต พบว่า 1) ด้านตัวผู้พิการและครอบครัวรู้สึกดีใจที่คนในชุมชนมาดูแล ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “ดีใจหลายที่ อสม. กับคุณหมอเฟ้นมาเยี่ยม มาช่วยดูแล เฟ้นกะให้กำลังใจ..เฮ็ดให้เฮารู้สึกบ่โดดเดี่ยว บ่หนังก้อยคนเดียว..” โดยเฉพาะการที่ไม่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ เพราะบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียงเคลื่อนย้ายลำบาก บางรายต้องเสียค่าจ้างรถพาไปทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย ดังคำกล่าว “ดีใจคักที่หมอเฟ้นออกหนังสือรับรองพิการให้โดยบ่ต้องพาตาไป

โรงพยาบาล...ไปหาหมอแต่ละทีอลำบากคัก...เฟ้นช่วยตัวเองบ่ได้..ต้องได้ช่วยกันหามขึ้นรถ..” และคำกล่าว “ไปหาหมอแต่ ละทีต้องเหมารถไป..ถ้าไปร้อยเอ็ดเฟ้นกะเอา 600 ไปอาจสามารถเฟ้นเอา 300...เงินกะบ่มี..ลำบากคัก” โดยผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง Caregiver จะดำเนินการทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับสวัสดิการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทน 2) ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Caregiver รู้สึกดีใจที่เห็นผู้ป่วยที่ดูแลอาการดีขึ้น ได้ช่วยแบ่งเบาภาระ

ของญาติ ญาติที่ได้ช่วยเหลือคนในชุมชน ชุมชนให้การยอมรับ และอยากช่วยเหลือคนอื่น โดยมีหลักในการทำงานคือ “ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนดูแลพ่อแม่ตนเอง” 3) มีระบบการประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และการประสานงานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการระหว่างทีมหมอครอบครัวกับทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 4) ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ มีการระดมทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ดังคำกล่าว “ทีมหมอครอบครัวเฟ้นมาเยี่ยมกับนายก อบต...หมอเฟ้นแนะนำให้เห็ดล้มให้ยาย..หลังจากนั้นทางอบต.กับ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. เฟ้นมารับบริจาคเงินกับอุปกรณ์จากชาวบ้าน...แล้วจะพากันมาเห็ดล้มให้คุณยายนี้ละ.”

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลทุกราย บทเรียนที่ได้รับคือการถอดบทเรียนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ โดยโรงพยาบาล Care Manager, Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ญาติและผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบให้เอื้อต่อการดูแลและสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ตามบริบทที่แตกต่างกัน ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ โดยเป้าหมายในการดูแลอาจไม่ใช่การยึดชีวิตหรือฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเหมือนเดิม แต่เป็นการลดความทุกข์ทรมานในชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จคือ ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน Care Manager, Caregiver ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ โดยมีเป้าหมายเดียวกันในการดูแลคือ “เราจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยและญาติคลายทุกข์ เพราะคนที่ทุกข์ที่สุดคือตัวผู้ป่วยและญาติ” ภายใต้หลักในการทำงานคือ

“ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนดูแลพ่อแม่ตนเอง”

วิจารณ์

1.บุคลากรทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการ ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้งทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ มีสาเหตุจากความไม่เพียงพอของแพทย์โดยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์จำนวนน้อย และมีผู้ป่วยมารับบริการในแต่ละวันจำนวนมาก ทำให้แพทย์มีภาระงานที่หนัก ซึ่งโรงพยาบาลอาจสามารถมีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 400 คนต่อวัน มีแพทย์จำนวน 5 คน เป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 3 คน ซึ่งแพทย์แต่ละคนต้องให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก แพทย์ต้องรีบให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อให้ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง :การศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ ความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการเนื่องจากการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้รับบริการมีอัตราสูงขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อภาระงานของสถานบริการและผู้ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งหมดของผู้รับบริการได้⁶

2.ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถมีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน และทีมหมอครอบครัว ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว ซึ่งทีมหมอครอบครัวมีแผนออกติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งร่วมกับภาคีเครือข่ายและมีแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล โดยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอครอบครัว

ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ดังนั้นทีมหมอครอบครัวจึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจัดทำแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย และรูปถ่ายที่แสดงให้เห็นความพิการส่งให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อประสานให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการเฉพาะความพิการด้านการเคลื่อนไหวเท่านั้น เนื่องจากโรงพยาบาลอาจสามารถไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการที่มีการนำเทคโนโลยีด้วยการใช้ระบบไลน์หมอครอบครัวเข้ามามีส่วนในการประสานงานและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มแกนนำต่างๆ⁹ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาการเชื่อมโยงบริการในชุมชนและสนับสนุนชุมชนจัดการสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมหรือกระบวนการที่ทำให้ทีมหมอครอบครัวได้ลงไปรู้จักกับชุมชนร่วมในกิจกรรมที่เป็นการวางแผนงานของชุมชน หรือการจัดประชุม เพื่อรับรู้ความเป็นอยู่ของประชาชนและข้อปัญหา เข้าใจกระบวนการทำงานของทีมงานในชุมชน เข้าไปร่วมแลกเปลี่ยน สะท้อนข้อมูลทางสุขภาพให้แก่กลุ่มประชาชนในชุมชน รวมถึงการกระตุ้นให้มีการร่วมคิดแก้ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนมีความสามารถในการดูแลจัดการตนเองด้านสุขภาพพื้นฐาน ได้รับการฟื้นฟูพื้นฐานที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างทั่วถึง มีการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อปกป้อง ป้องกันความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ ดำเนินงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุข มีมิติการจัดการที่ยั่งยืน และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver จะดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับเงินเบี้ยยังชีพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทนผู้พิการ เนื่องจากไม่มีหน่วยงาน

ในการดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการในพื้นที่ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่มีการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในการขับเคลื่อนงานอื่นๆ
2. ควรนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้พิการทุกประเภท และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งควรมีระบบการประสานงานและดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดให้แก่ผู้พิการในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถทีมหมอครอบครัว Care Manager, Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้พิการ และผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลธิษฐ์ พังนา, สาวินี สุริยรัตน์กร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4): 608-24.
2. อลงกรณ์ อรรถแสง. พัฒนาการการจัดโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยเปรียบต่างประเทศ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. นนทบุรี: กองสุขภาพภาคประชาชน. 2564

4. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอปิช อินเทอร์เน็ตกรุ๊ป. 2558
5. สันติ ทวยมฤทธิ. การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ. 2563;13(1):230-40.
6. โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุภโชค เวชภัณฑเฒ่า, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, สิริชัย นามพรรณิย์, และคนอื่นๆ. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. สุปรานี สิทธิกันต์, ดารุณี จงอุดมการณ์. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยชุมชนเมือง : การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(1):19-29.
9. เกษมธิดา หะชะนี, อิศรา สพสมัย. การพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(4):667-78.