

การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1

The study and suggest to implementation of long term care model for elderly with dependent,

National Health Insurance Health Region 1.

ชาลี เอี่ยมมา¹, รัชนิวัลย์ ปาณรูป²

(Received: January 30 ,2020 ; Accepted: March 15 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มแบบแบ่งชั้น ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว(CM) เขตสุขภาพที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การประชุมกลุ่ม และใช้แบบสอบถาม โดยส่วนที่ 2 และ 3 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.831 และ 0.872 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว อยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 ความสามารถและความคิดเห็นของ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.42 S.D. = 0.195 และ $\bar{X}$ = 4.26 S.D.=0.711) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการดูแล ควรเน้นการดูแลทั้งกาย ใจ และสวัสดิการทางสังคม โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ประกอบด้วย การบริการสุขภาพในชุมชน การบริการสังคมในชุมชน รวมถึงการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง

ABSTRACT

The survey research was to study and suggest to implementation of long term care model for elderly with dependent, Health Region 1. The samples selected by purposive and stratified sampling were the responsible work of elderly in Health Region 1, Provincial health office, Local government and care managers Collected data by focus group and questionnaire had Cronbach's alpha coefficient part 1 and 2 0.831, 0.872 respective. Data were analyzed by descriptive and content analysis.

The result found that the Implementation of long term care model for elderly with dependent, Health Region 1 were screening health and classify group of elderly for long term care 80 – 100 percentage. Ability and opinion of care managers were high level ($\bar{X}$ = 4.42 S.D. = 0.195 and $\bar{X}$ = 4.26 S.D.=0.711) respective.

The suggest were focus on long term care of health mental and social welfare. Base on community care consists of health services, home health care and social service including continuous of long term care.

Keywords : implementation of long term care model, elderly, elderly with dependent

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการสาธารณสุข

² ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุหรือสังคมสูงวัย (ageing society) เป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วเช่น ญี่ปุ่น ประเทศทางตะวันตก ได้มีการเตรียม การเข้าสู่สังคมสูงอายุนานหลายปี นักวิชาการระบุว่าประเทศต่าง ๆ เหล่านั้นมีการวางแผน นโยบายแผนงานและบริการต่าง ๆ เตรียมการประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นเวลากว่า 100 ปี ปฏิบัติมาเป็นระยะ และสามารถเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเป็นขั้น ตอนและเกิด ปัญหาขึ้นน้อย แต่เมื่อพิจารณาถึงประเทศไทยมีเวลา เตรียมการเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี 2548 เพียง 20 ปีเท่านั้น ซึ่งนับว่าเป็นระยะเวลาที่สั้นมากดังนั้นจึงเป็นสภาวะการ ที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษและเร่งด่วน⁽¹⁾ ในระดับ ประชาคมอาเซียน 10 ประเทศ มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น เดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว คือ ประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) โดยมีแนวโน้มว่าประชา กรโลกจะมีอายุสูงขึ้น เรื่อย ๆ การสูงอายุของประ ชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มี ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ใน ปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า ผู้สูงอายุของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 11,312,447 คน เป็นชาย ร้อยละ 44.94 และหญิง ร้อยละ 55.06 โดยจำแนกตามกลุ่ม ช่วงวัย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.4 กลุ่มวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 29 และกลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6⁽²⁾

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านเป็น ไป ในทางลบและเสื่อมถอย รวมทั้งการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต่าง ๆ นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้วผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่ดีอาจเกิดผลกระทบ ทางด้านจิตใจความทุกข์กันไปด้วย สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับครัวเรือน และ ระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลผลิตกันชนมวลรวมใน ประเทศ รายได้ต่อหัวประชากร การออมและการลงทุน

งบประมาณรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพแรงงานใน ระดับจุลภาค การบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้าน สุขภาพและการเงิน⁽³⁾ อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราการพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2537 เป็น 10.7 ในปี 2545 เป็น 14.3 และในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 16.0 หมายถึง ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระใน การเลี้ยงดูผู้สูง อายุ 16 คน อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ มี แนวโน้มลดลง จากในปี 2537 เป็น 9.3 ปี 2545 ลดลงเป็น 7.3 และ ในปี 2550 เป็น 6.3 หมายถึง คนวัยแรง งาน 6 คน ที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน มีจำนวน ลดลง วัยแรงงานจะต้องรับภาระผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในครัว เรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก ในปี 2537 เป็นร้อยละ 3.6 ปี 2545 เป็นร้อยละ 6.3 ปี 2550 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.7 ทั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุ ที่อยู่ลำพังในครัว เรือนร้อยละ 43.3 มีปัญหาที่พบมากที่สุด ร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ต้องเลี้ยงชีพ ด้วยตนเอง หรือมีปัญหาทางการเงิน ไม่มีคนช่วยทำงาน บ้าน และอื่น ๆ เป็นร้อยละ 15.7, 5.2 และ 0.4 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุส่งผลให้การช่วยเหลือ ตนเองลดลง และการพัฒนาเทคโนโลยีทาง ด้าน การแพทย์และการพยาบาลและการสาธารณสุข ทำให้ การตาย หรือการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไร ก็ตามผู้รอดชีวิตเหล่านั้นมักมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลือ อยู่ ส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 มีปัญหานาน กว่า 6 เดือน ความชุกจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ มากขึ้นและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 7 ของ ผู้สูงอายุไทยจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ พึ่งพา ผู้อื่นปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คาดการณ์ปี 2553, 2563, และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 499,837 คน, 741,766 คน และ 1,103,754 คน ตามลำดับ โดยร้อยละ 85.2 ของการพึ่งพิงมีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรค ไม่ติดต่อด⁽⁴⁾ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรข้างต้น สะท้อนถึงแนวโน้มและขนาดของ ปัญหาต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย เป็นเรื่องที่ท้าทายในการดำเนินงานที่จะทำอย่างไรให้

ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวไปพร้อมกับมีการมีสุขภาพที่ดีควบคู่ไปด้วยกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคภัยไข้เจ็บของโรคลักษณะทางคลินิก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาแตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่น จัดได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสูง ความชราภาพเสี่ยงไม่ได้ แต่มีทฤษฎีเชื่อว่าภาวะการเจ็บป่วยสามารถป้องกันและชะลอได้ กล่าวคือ อายุที่ยืนยาวเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะเป็นจำนวนปีที่มีสุขภาพดี (The Compression of mobility)⁽⁵⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำแนก กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) มุ่งตอบสนองการทำกิจกรรมพื้นฐาน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค การเตรียมอาหารและการดูแลที่พักอาศัย⁽⁴⁾ โดยแบ่งกลุ่มดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เรียกว่า กลุ่มติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างเรียกว่า กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเรียกว่า กลุ่มติดเตียง จากการประเมินคัดกรองสุขภาพ ผู้สูง อายุจำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูง อายุติดเตียงหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม⁽⁶⁾

ดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้องมีมาตรการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในมุมมองที่กว้างขึ้น ไม่เฉพาะเชิงการแพทย์เท่านั้น โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมในสังคมมากขึ้น ตามคำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เป็นภาวะสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญหาไม่เพียงการปราศจากโรคเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากมิโนนโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย ให้ความสำคัญกับประชากรวัยสูงอายุ โดยได้ตรากฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ การทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ พร้อมทั้งกำหนดกลไกและหน่วยงาน

รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเกิดระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นมารองรับ คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับว่า ท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่าง ๆ ชุมชน ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ จากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม⁽⁴⁾

ในปัจจุบันรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ สปสช.สำหรับดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สปสช. และอปท. ร่วมกันดำเนินการ เป้าหมายการดำเนินงาน มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และได้รับการบริการดูแลด้านสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม

เขตสุขภาพที่ 1 ได้ดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมใน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน โดยจัด บริการในอพท. ที่มีความพร้อม และแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน ใน ปีงบประมาณ 2559-2562 จำนวน 498 แห่ง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบ ด้วยการดูแลที่บ้าน ในชุมชนและในหน่วยบริการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขและบริการสังคมจะมุ่งเน้นในการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจาก หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้การบริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชนอีกด้วย

ทั้งนี้การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ เขต 1 เป็นการดำเนินงานตามเกณฑ์การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่ายังไม่ปรากฏการศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นการดำเนินการมาได้ระยะเวลาหลายปี ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาเรื่องดังกล่าว

โดย เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พิง จากผลการสังเคราะห์การศึกษาวิจัย สำหรับวางแผนการบริหารจัดการสำหรับในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูง อายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถทำให้ทราบถึงบริบทของการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ รวมทั้งคุณค่า และคุณประโยชน์ที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1

2. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) นี้รวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประชากรในการศึกษาได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูง อายุ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care manager: CM) เขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการสุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposing sampling) จำนวน 20คน และในการตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ300 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) สำหรับการสุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับประเด็นการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แบบสอบถามความคิดเห็นการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยพัฒนาตามองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน มีลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ และแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ⁽⁸⁾

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ในส่วนที่ 2 ด้าน ความสามารถในการปฏิบัติงาน และส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อระบบการดูแลระยะยาว โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.831 และ 0.872 ตามลำดับ

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอน โดยคำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ หมายเลข 11/2562 เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 ดังนี้ จัดส่งหนังสือขอความร่วมมือในกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัย แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ อธิบายประโยชน์ของงานวิจัย เน้นถึงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอคำยินยอมการเข้าร่วมโดยเอกสารการยินยอม และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เก็บได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ระหว่างการเก็บข้อมูล รวมถึงหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลต่อผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยเทคนิคสนทนากลุ่ม (Focus Group Technique: FGT) ใช้การสัมภาษณ์กลุ่มในการเก็บข้อมูล โดยการฟังและเรียนรู้จากกลุ่มเป้าหมาย มีปฏิสัมพันธ์โดยการเผชิญหน้ากัน⁽⁹⁾ และใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง CM เพื่อเน้น

กลุ่มเป้าหมายที่ขนาดกว้างขึ้น โดยเลือกแสดงความคิดเห็นตามข้อรายการที่กำหนดให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างปีพ.ศ. 2559-2562 มีแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวน 852,140 คน คิดเป็นร้อยละ 19.52, 911,243 คน คิดเป็นร้อยละ 20.79, 948,324 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 และ 984,184 คน คิดเป็นร้อยละ 23.34 จังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เรียง ลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ คือ จังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 22.10, จังหวัดลำปาง มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.98, จังหวัดแพร่ มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.95, จังหวัดลำพูน มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.85

จากการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันบาร์ธเอลเอดิแอล (Barthel ADL index) ปี 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มคิดสังคมคิดเป็นร้อยละ 94.35 ผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเป็นร้อยละ 1.97 และกลุ่มคิดเตียงคิดเป็นร้อยละ 0.51 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 เขตสุขภาพที่ 1 มีพื้นที่ตำบลที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 606 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 78.80

การดำเนินงานตามองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด สุขภาพช่องปากและฟัน การคัดกรองสุขภาพทางตา การทดสอบสภาพสมอง การประเมินภาวะซึมเศร้า การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม การคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ และ ปัญหาการนอน พบว่ามีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และจัดกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวนทั้งหมด 968 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6,408 คน

ส่วนที่ 2 ปัญหา / อุปสรรค/ ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงในการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหา / อุปสรรค/ ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ราย ละเอียดดังนี้

ด้านบุคลากร

1. บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบบ่อย ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
2. บุคลากรที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องขาดความเข้าใจและการดำเนินงานของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน
3. ตำบลที่เป็นพื้นที่ห่างไกล บนภูเขา การเดินทางลำบากทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมร่วมกันน้อย ไม่สม่ำเสมอ
4. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการสุขภาพ
5. อสม.และ CG มีความขัดแย้ง และเกี่ยงกันดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่ม CG ได้ค่าตอบแทน อสม.ไม่ได้ค่าตอบแทน

6. คณะอนุกรรมการ LTC บางพื้นที่ยังขาดความมั่นใจในการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน LTC ด้านการบริหารจัดการ

1. อปท. ที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ LTC ไม่เข้าใจกฎระเบียบและประกาศ ไม่มั่นใจ กังวลใจไม่กล้าโอนเงิน LTC จากกองทุนฯ ให้หน่วยจัดบริการ กลัวการตรวจสอบการเงินจาก สตง.

2. การประสานระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับท้องถิ่น

3. มีการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ได้น้อย ระเบียบการใช้เงินกองทุน LTC/เงินบำรุงหน่วยบริการสาธารณสุข ไม่ชัดเจนตรงประเด็นกับการดำเนินงาน

4. อปท./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดความมั่นใจในการจัดทำระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC

5. แนวทางจัดอบรม CM และ CG รายใหม่เพิ่ม และทดแทนในพื้นที่ตำบล LTC ยังไม่ชัดเจน

2. ความคิดเห็นการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง CM ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.67 อายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 53.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 82.00 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 88.33 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.33 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 68.00

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของ CM อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.42$ S.D. = 0.195) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า CM มีความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ สูงทุกข้อ โดยข้อที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติงานระดับมากที่สุด คือ การประเมินประ เภทผู้สูงอายุตาม ADL ร้อยละ 71.67 ส่วนที่

3 ความคิดเห็นต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการ

ระบบ (Care Manager) ในภาพรวมพบว่า ความคิดเห็นของ CM ต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.26$ S.D.=0.711) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความคิดเห็นที่สามารถปฏิบัติได้ดีในระดับมากที่สุดคือ ความสามารถในการบริหารจัดการระบบ LTC ในชุมชนของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 54.00

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว อยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 มี CM และ CG หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังพบปัญหาในการดำเนินงานในด้านบุคลากร และในด้านการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความสามารถของ CM ในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของ CM อยู่ในระดับสูง และความคิดเห็นของ CM ต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง เช่นกัน

ผลจากการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 80-100 ได้เข้าสู่ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อาจมีผลมาจากความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของ CM ที่มีอยู่ในระดับสูง และระดับความคิดเห็นของ CM ที่มีต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งบทบาทของ CM มีดังนี้ 1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan, Weekly Plan 4) จัดทำ Care conference 5) ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุ

ตามแผนการดูแล 6) Team building 7) บริหารจัดการและควบคุมกำกับ CG และ 8) ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตามจริยธรรมของ CM⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่า CM เป็นกุญแจสำคัญในการเชื่อมต่อประสานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างเครือข่าย เข้าไว้ด้วยกัน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การเสริมสร้างความรู้และความตระหนักในเรื่อง สังคมสูงอายุ มีความจำเป็นต้องสื่อสารให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจในคนทุกกลุ่มวัยในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

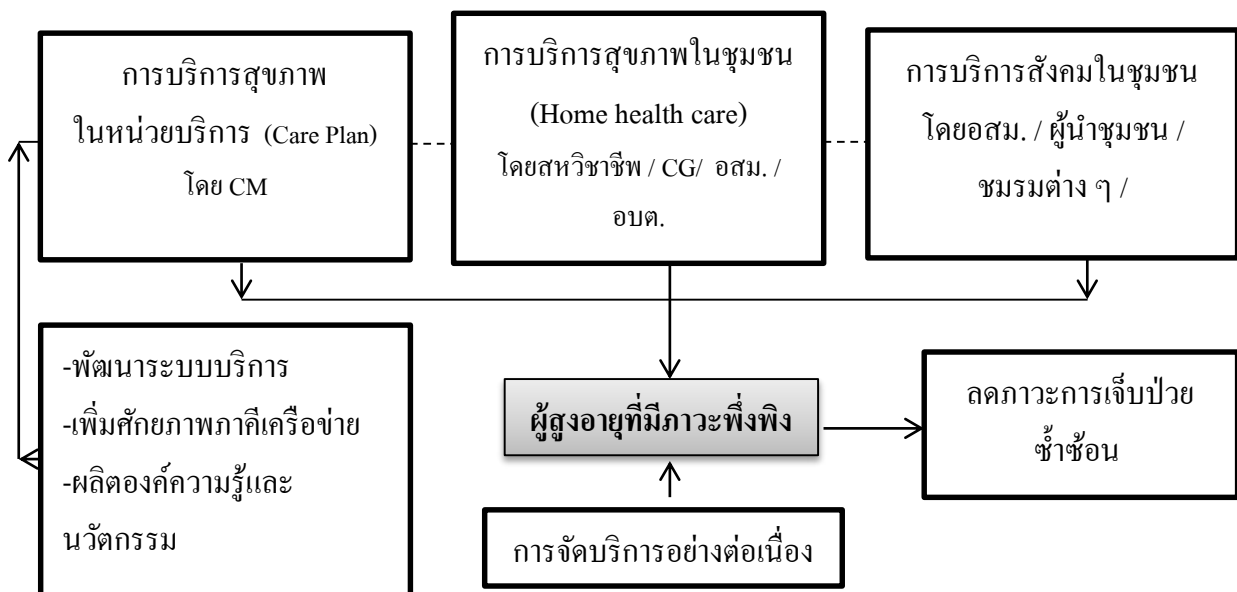
1. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการบูรณาการภารกิจ องค์ความรู้ งบประมาณ รวมทั้งการติดตามกำกับดูแล ความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมสนับสนุน สร้างความเข้าใจการขับเคลื่อนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ตลอดจนภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะชุมชน และท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรเน้นการดูแลทั้งกาย ใจ และสวัสดิการทางสังคม จากภาครัฐ, ครอบครัว, CM, CG ที่มีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ (Community care) การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพ มุ่งใช้ศักยภาพของชุมชนและทรัพยากรในชุมชนเพื่อดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริการสุขภาพในชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน ท้องถิ่น การบริการสังคมในชุมชน เช่น การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การช่วยเหลือตามศักยภาพ รวมถึงการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จุดประสงค์เพื่อคงสภาพผู้สูงอายุให้นานที่สุด

รวมถึงลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง รายละเอียดดังภาพ ประกอบ 1



ภาพประกอบ 1

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บริการท้องถิ่นเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ. ชัน แพคเกจจิ้ง (2014) จำกัด กรุงเทพฯ, 2560.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ. ฉบับปรับปรุง. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ, 2562.
3. กรมอนามัย. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, นนทบุรี, 2555.
4. กรมอนามัย. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ, 2556.
5. Polit, D.F. & Beck, C.T. **Essentials of Nursing Research: appraising Evidence for Nursing Practice.** Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2006.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรุงเทพฯ, 2559.
7. Stufflebeam, D. L. and Shikfield, A. J. **Evaluation Theory, Models and applications.** John Wiley and Sons, Inc., California, 2007.
8. Best, John W. **Research in Education.** 3rd ed. Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1977.
9. สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่3. บริษัทวี.พี. จำกัด กรุงเทพฯ, 2558.