

ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข The Outcomes of Care Services for the Elderly with Dependence Provided by the Long-Term Care Fund

ศิริณี ศรีหาคาศ^{1*}, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์², กำพร ดานา³, เสาวลักษณ์ ชาญกัน¹, รัชณี พจนนา¹, จรรยา คนใหญ่¹, นันทิพย์ ไพคัมณาม¹
Siranee Sihapark¹, Piyathida Kuhirunyaratn², Kamthorn Dana³, Saowalak Chankan¹,
Ratchanee Potchana¹, Junya Konyai¹, Namthip Phaikhamnam¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น², วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³
Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Medicine faculty Khon Kaen University²,
Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health³

(Received: November 27, 2023; Revised: February 11, 2024; Accepted: October 15, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลลัพธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจากผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 777 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 660 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ประเด็น ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ McNemar test และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน มากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.75 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.52 และมีโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 24.07 ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวหนึ่งในสามมีปัญหาด้านสุขภาพโดยร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ ประมาณร้อยละ 21 เป็นผู้สูงอายุ 2) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขถูกขับเคลื่อนโดยผู้จัดการดูแลผู้ดูแลและแผนการดูแล และ 3) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อย่างไรก็ตามพบว่า ระดับภาวะการพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน ดังนั้นภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการดูแลระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลของครอบครัวในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ ศิริณี ศรีหาคาศ e-mail: siranee.s@bcnkk.ac.th

Abstract

This evaluation research aimed to examine the outcomes of care for the elderly with dependence under the Long-Term Care Fund for public health. Data were collected from 777 elderly respondents and 660 caregivers through surveys, participatory observations, in-depth interviews, group discussions, and relevant documents. Qualitative data were analyzed through content analysis and thematic analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, McNemar test, and t-test.

The results showed that: 1) the majority of elderly individuals with long-term dependence under the Long-Term Care Fund for public health were predominantly homebound, with over half suffering from chronic illnesses. Specifically, 34.75% had hypertension, 22.52% had diabetes, and 24.07% had multiple chronic conditions. Meanwhile, in one out of every three families, caregivers experienced health problems, with 41% suffering from chronic illnesses and nearly 21% being elderly themselves; 2) the process of caring for elderly individuals with long-term dependence under the Long-Term Care Fund for public health was primarily driven by managers, caregivers, and care plans; and 3) the provision of care services for elderly individuals with long-term dependence under the Long-Term Care Fund for public health significantly improved the quality of life for caregivers and elderly individuals statistically at the 0.01 level. However, there was no significant difference in the level of dependence among elderly individuals receiving care from the Long-Term Care Fund for public health before and after the study. Therefore, dependence remained a significant issue for elderly individuals requiring the development of quality and standard long-term care services, leading to an enhancement in the quality of life for both elderly individuals and family caregivers in the community.

Keywords: Long Term Care, Elderly with Dependence, Long Term Care Fund

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 22.30 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 30.50 ในปี พ.ศ. 2564 ในขณะที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.60 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (สำนักงาน

สถิติแห่งชาติ, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญ โดยเฉพาะความท้าทายในการรับมือกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุ

ภาวะสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากผลการสำรวจพบผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.70 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.40 มีปัญหาต่อกระดูก ร้อยละ 17.60 และพบผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเอง ร้อยละ 12.80 (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระเจิญ และวราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, 2563) และการศึกษาภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนพบมีความชุก ร้อยละ 10.16 โดยเป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 1.88 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 2.29 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.99 ในขณะที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 64 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ศิริภาณี ศรีหาภาค, วชิร อมรโรจน์วรฤดี, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหาม และทิพวรรณ ทับซ้าย, 2564) และการศึกษาในสถานบริการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ ปานกลาง และรุนแรง มีความต้องการชั่วโมงการดูแลที่ 6.50 ชั่วโมง 22.50 ชั่วโมง และ 41.25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามลำดับ (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020)

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองมา คือ ภาระด้านสังคม พบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย และโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อทุกด้านมากกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะภาระและผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม พบมากกว่าร้อยละ 85 และทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงาน ร้อยละ 11 (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) ในขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 4.50 เป็น ร้อยละ 3.30 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.60 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญ และความท้าทายกับการจัดการปัญหาในอนาคตของประเทศ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขึ้นในปี พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ” ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพปทุมภูมิเป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) อย่างไรก็ตามช่องว่างของการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ต้องแสวงหาคำตอบ

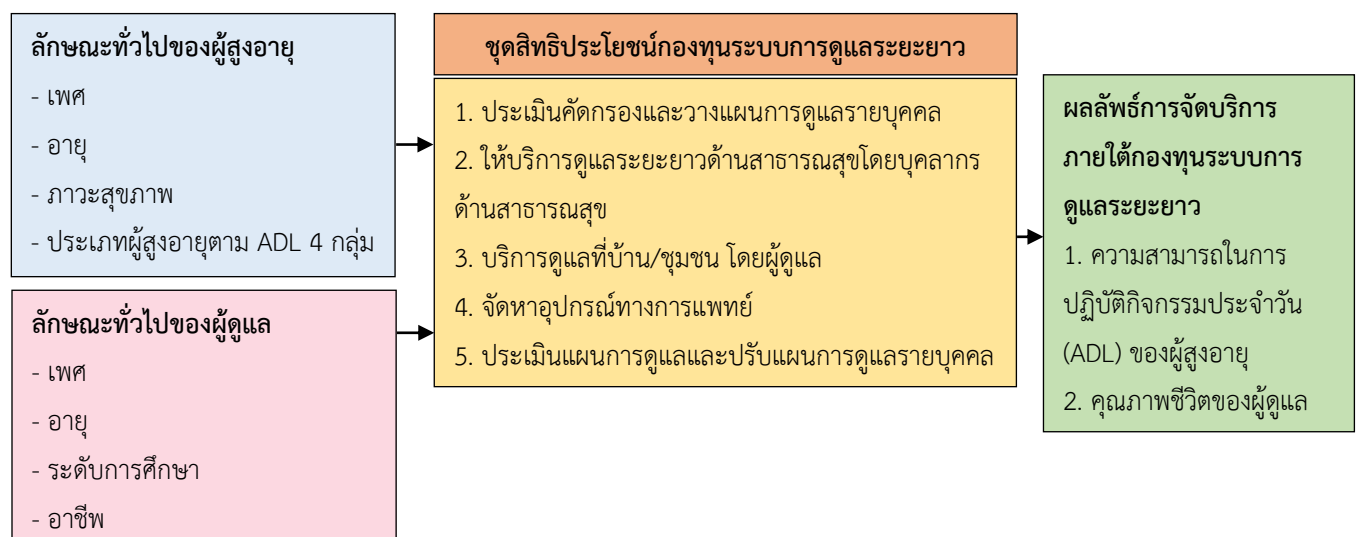
การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว สร้างหลักประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน จะนำไปสู่การจัดชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของประเทศไทยที่เริ่มดำเนินตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ 5 ด้าน โดยผลลัพธ์การบริการที่คาดหวังให้เกิดในช่วงระยะแรกของการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาดังแสดงแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 7 หลังการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 - เดือนมีนาคม 2561

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

พื้นที่เป้าหมาย คือ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) สุ่มอำเภอตามขนาดของจังหวัด จำนวน 2-3 อำเภอต่อจังหวัด 2) พื้นที่วิจัยเป็นพื้นที่ระดับตำบลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 3) สุ่มพื้นที่วิจัย จำนวน 2-3 ตำบลต่ออำเภอ พบว่าพื้นที่วิจัยประกอบด้วยเทศบาลเมืองจำนวน 2 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นระยะดำเนินการวิจัยที่ต่อเนื่องจากขั้นตอนการขับเคลื่อนนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง ที่อาศัยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยเป็นผู้รับบริการภายใต้กองทุนระบบดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 15 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีเกณฑ์การคัดการคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะความยากลำบาก หรือ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ประเมินจากเครื่องมือ Barthel index มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนข้อมูลของระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต 2) ผู้ดูแลและญาติปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายทุกเดือนจากการรายงานข้อมูลโดยผู้จัดการดูแลของพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 แห่ง

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานเพื่อดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลประสบภาวะความยากลำบาก หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง และมีรายชื่อตามทะเบียนข้อมูลของระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ และ 2) ผู้ดูแลปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เป็นการศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเครื่องมือได้ดัดแปลงจากการศึกษา ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ใช้เครื่องมือ The Barthel index เพื่อประเมินภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์การตัดสินภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน (Collin, Wade, Davies, & Horne, 1988) ซึ่งเครื่องมือได้ถูกพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) และเคยผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นในจังหวัดขอนแก่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม 0.85 (Sihapark, Kuhirunyaratn, & Chen, 2014)

4. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ประกอบด้วยการประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 26 ข้อ เครื่องมือผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.65 (สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต วงศสุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล, 2540)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

1. การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาศัยเครื่องมือการวิจัยที่เป็นสากลมีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศและเครื่องมือถูกแปลมาเป็นภาษาไทย ได้แก่ เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุของประเทศไทย และผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงตรง (ศิริณี ศรีหาคาศ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2556)

2. การควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลลงนามยินยอม ความรู้และเทคนิคการใช้เครื่องมือ ประเมินภาวะพึงพิงระยะยาว และ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

3. การควบคุมคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3.1) ข้อมูลที่เก็บจากเครื่องมือเชิงปริมาณ จะถูกตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของเนื้อหา 3.2) ข้อมูลการประเมินภาวะพึงพิงระยะยาว จากผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกฉบับจะถูกตรวจสอบคุณภาพจากทีมผู้วิจัย และ 3.3) ในช่วงระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จะมีทีมผู้วิจัยจะอยู่ในพื้นที่ตลอดและดูแลผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) การควบคุมคุณภาพ ของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย โดยทีมนักวิจัยหลัก 3 ท่าน ที่มีคุณสมบัติดังนี้ วุฒิศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโท ผ่านการฝึกเทคนิคการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลการวิจัย ได้แก่ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบ สามเส้า (Triangulation) การสรุปบทวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant Debriefing) และการตรวจสอบการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirm Ability) (Stringer & Genat, 2004; Stringer, 2014)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรม ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอม และมีขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานเพื่อให้ข้อมูลและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ชี้แจงให้ข้อมูลการวิจัยก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกรายเป็น รายบุคคล
3. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย ณ บ้านของอาสาสมัคร กลุ่มเป้าหมาย
4. นักวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลเครื่องมือการวิจัยในภาคสนาม และ ทำหน้าที่กำกับติดตาม อยู่ในภาคสนามร่วมกับผู้จัดการดูแล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และมีทีมนักวิจัย จำนวน 3 คน ที่มีประสบการณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอม และมีขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุติดต่อประสานงานเพื่อให้ข้อมูลและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. นักวิจัยชี้แจงให้ข้อมูลการวิจัยก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกราย
เป็นรายบุคคล

3. นักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัย ณ บ้านของอาสาสมัครกลุ่มเป้าหมาย

4. นักวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพในภาคสนามก่อนปิดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ภาวะพึ่งพาระยะยาวผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้ดูแล การบริหารจัดการกองทุน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาตามระดับการวัดตัวแปรด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ได้แก่ ระดับความรุนแรงภาวะพึ่งพาของระยะยาวของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การบริหารจัดการกองทุน ระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ McNemar test และ t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร ถูกตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยการสรุปบทวนข้อมูลการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant Debriefing) เพื่อตรวจสอบการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirm Ability) และนำมาวิเคราะห์โดยการวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ วิเคราะห์ประเด็น (Thematic Analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล โดยอาศัยแนวคิด A kaleido-scope of data (Dye, Schatz, Rosenberg, & Coleman, 2000) ด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลที่คล้ายกัน เข้าด้วยกัน จากนั้นเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มข้อมูลโดยการสร้างความแตกต่างของข้อมูลในแต่ละชุดย่อย ซึ่งท้ายที่สุดจะเชื่อมโยงกันด้วยรูปแบบที่สามารถเชื่อมกันได้ และกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลภายในชุดข้อมูลย่อยนี้ จะทำ “กลับไปกลับมา” เพื่อปรับปรุงการจัดกลุ่มข้อมูลอย่างต่อเนื่อง จนทำให้สามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ซึ่งข้อมูลดิบที่จัดสามารถสะท้อนหมวดหมู่ข้อมูลที่แสดงถึงประเภทของข้อมูลอย่างครอบคลุม จนนำไปสู่บทสรุป ที่เป็นองค์ความรู้หรือแนวคิดใหม่ที่เกิดขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE601089 ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยคำนึงถึงความสมัครใจในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการให้ความเคารพ ต่อการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย

การสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทั้งหมด 15 กองทุน พบผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 777 คน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 74 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 54 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.75 รองมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.52 โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 24.07 ตามลำดับ

การสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 660 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78 มีอายุเฉลี่ย 54 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.24 ยังคงประกอบอาชีพ ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนความสัมพันธ์ของผู้ดูแลพบว่าเป็นลูกสาว ร้อยละ 45 รองมาคือ ภรรยา ลูกสะใภ้ และพี่น้องตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 29 รองมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.58 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.48 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 21 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

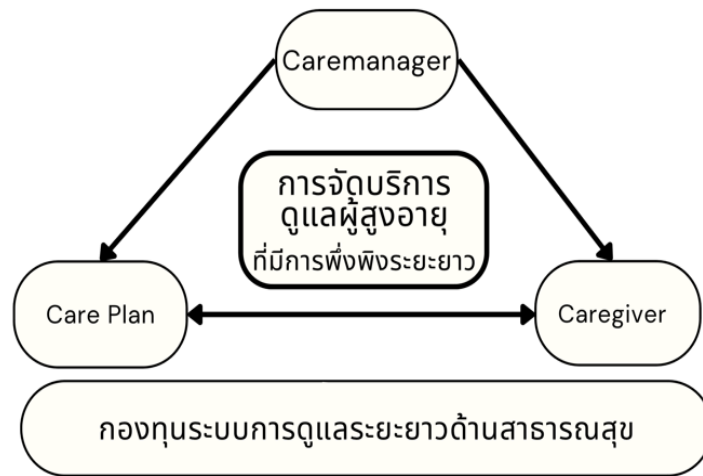
ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=777)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน (n=660)	ร้อยละ
1. เพศ			1. เพศ		
หญิง	465	59.85	หญิง	516	78.18
ชาย	312	40.15	ชาย	144	21.82
2. อายุ (Mean 73.69 ปี, S.D. 9.06 ปี)			2. อายุ (Mean 54.01 ปี, S.D. 13.24 ปี)		
60 - 69 ปี	269	34.62	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	17	2.58
70 - 79 ปี	294	37.84	30 - 39 ปี	42	6.36
80 ปีขึ้นไป	214	21.54	40 - 49 ปี	117	17.73
			50 - 59 ปี	346	52.42
			60 ปีขึ้นไป	138	20.91
3. สถานภาพสมรส			3. สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	417	53.67	มีคู่สมรส	293	44.39
ไม่มีคู่สมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	360	46.33	ไม่มีคู่สมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	367	55.61
4. ระดับการศึกษา			4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	46	5.92	ไม่ได้เรียน	20	3.03
ประถมศึกษา	615	79.15	ประถมศึกษา	519	78.64
มัธยมศึกษา	73	9.40	มัธยมศึกษา	102	15.45

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=777)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน (n=660)	ร้อยละ
สูงกว่ามัธยมศึกษา	43	5.53	สูงกว่ามัธยมศึกษา	19	2.88
5. อาชีพ (ก่อนมีภาวะพึ่งพิง)			5. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	33	4.25	ไม่ประกอบอาชีพ	157	23.79
ประกอบอาชีพ	744	95.75	ประกอบอาชีพ	523	79.24
เกษตรกร	409	52.64	เกษตรกร	313	47.42
รับจ้าง	245	31.53	รับจ้าง	97	14.70
ธุรกิจส่วนตัว	40	5.15	ธุรกิจส่วนตัว	40	6.06
แม่บ้าน	26	3.35	แม่บ้าน	27	4.09
รับราชการ	10	1.29	รับราชการ	12	1.82
ค้าขาย	14	1.80	ค้าขาย	8	1.21
			ข้าราชการบำนาญ	3	0.45
			นักเรียน/นักศึกษา	3	0.45
6. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ			6. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มีการเจ็บป่วย	357	45.95	ไม่มีการเจ็บป่วย	387	58.64
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	420	54.05	เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	273	41.36
โรคความดันโลหิตสูง	270	34.75	โรคความดันโลหิตสูง	182	27.58
โรคเบาหวาน	175	22.52	โรคเบาหวาน	89	13.48
โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด	187	24.07	โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด	192	29.09
โรคข้อเสื่อม/เก๊าท์	82	10.55	โรคหัวใจ	19	2.88
โรคหลอดเลือดสมอง	62	7.98	โรคข้อเสื่อม/เก๊าท์	15	2.27
โรคหัวใจ	52	6.69	โรคไต	23	3.48
โรคไทรอยด์	44	5.66			

2. กระบวนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

พบว่า การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนถูกขับเคลื่อนโดยผู้จัดการดูแล ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จะสามารถดำเนินการได้ต้องมีองค์ประกอบ “3C” ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ดังแสดงในภาพที่ 2 และรายละเอียดต่อไปนี้



ภาพที่ 2 องค์ประกอบที่ขับเคลื่อนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

2.1 ผู้จัดการดูแล (Care Manager) พบว่า ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นกำลังคนสำคัญ และเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งคุณสมบัติที่สำคัญของการเป็นผู้จัดการดูแล คือ การอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแล 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้จัดการดูแล โดยบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุและจัดประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและขึ้นทะเบียน จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเฉพาะรายบุคคล พัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล นำเสนอแผนการดูแลเพื่อรับรองแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ กำกับควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ดูแล สรุปประเมินผลและปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายและสรุปรายงานส่งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการการดูแล พบว่าผู้ดูแลคัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้สนใจในชุมชน ซึ่งทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย โดยผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลที่ผู้จัดการดูแลมอบหมาย ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ได้แก่ ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำดูแลสุขภาพ อยู่เป็นเพื่อน ช่วยเหลืองานบ้านที่จำเป็น พาออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ วัดความดัน เจาะเลือดเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 5 ราย

2.3 แผนการดูแล (Care Plan) เป็นแผนการดูแลที่ถูกออกแบบดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายที่บ้าน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการดูแล พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย เริ่มต้นจากการประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและญาติแล้วนำมาวิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายและกำหนดกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและเป้าหมายการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและแผนการดูแลจะถูกนำเสนอเพื่อผ่าน

ความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจึงจะได้รับการอนุมัติงบประมาณเพื่อไปดำเนินการดูแลตามแผนการดูแล

จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการการดูแล พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นขั้นตอนที่ยากลำบากขั้นตอนหนึ่งของผู้จัดการดูแลเนื่องจากผู้ที่จะสามารถจัดทำแผนได้ต้องเข้าใจสภาพปัญหาของผู้สูงอายุต้องมีเวลาในการจัดทำแผนการดูแลและต้องประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพิจารณาและผ่านความเห็นชอบแผนการดูแล

“พอตัวเรา Care Manager เองเขียนเสร็จแล้วเราก็ต้องประสานทางทีมที่เราได้ระบุไว้ใน Care Plan ทั้งจะเป็น พมจ. อปท. หรือแม้แต่สหวิชาชีพ ที่จะเข้าช่วยเหลือผู้ปวยนั้นจะเป็นราย ๆ ไป รวมถึงญาติ และ Care Giver ผู้ที่จะลงไปปฏิบัติต้องมารับทราบนะค่ะ เราประสานเขาก่อนแล้วก็ประชุมแล้วก็นำเสนอที่เราเขียนไว้นะค่ะ ว่าถูกต้องไหม เหมาะสมไหม ฟังพอใจไหมกับสิ่งที่เราจะไปให้บริการนั้น ถ้าเขาหรือมีข้อโต้แย้งไม่ว่าจะเป็น อปท. หรือหน่วยงานอื่นหรือทางกายภาพโรงพยาบาล บอกว่ายังไม่ผ่านนะต้องไปปรับต้องไปช่วยเหลือด้านนั้นด้านนี้ด้วย เราก็กลับมาเขียนแผนใหม่ แต่ถ้าแผนที่เราเขียนไปทุกส่วนเห็นชอบเราก็นำไปปฏิบัติแล้วก็ให้ทุกส่วนลงนามรับรองนะค่ะ” (IDI-PL-CM2)

“ในแต่ละชุมชนของเทศบาลจะกำหนดผู้ดูแล มีทั้งหมดจำนวน 9 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากโรค ผู้จัดการดูแลของเทศบาลอำเภอพลให้ผู้ดูแลทำงานในช่วงเวลาที่ไม่กระทบเวลาในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล คือทำงานช่วงเวลา 10:00 น. - 15:00 น. ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุที่เข้าไปดูแล โดยผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 4 รายต่อวัน รายละเอียดประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุที่ดูแลมีระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงแตกต่างกัน ซึ่งผู้จัดการการดูแลมอบหมายให้ผู้ดูแลทำงานเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่ เพื่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและเป็นเพื่อนช่วยเหลือกันในการดูแลและเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติงานเสร็จ ญาติหรือผู้สูงอายุจะเป็นผู้เซ็นรับรองการทำงานของผู้ดูแลเพื่อผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่รวบรวมส่งรายงานขอเบิกค่าตอบแทนจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจากทางเทศบาล...” (IDI-PL-CM2)

2.4 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จากการศึกษาค้นคว้า การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นบทบาทและภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบกองทุนโดยตรงโดยคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยการทำหน้าที่ ควบคุมกำกับติดตาม แผนงานโครงการงบประมาณและกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จัดบริหาร อย่างไรก็ตาม พบว่า การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับผู้ดูแล

“ให้เข้าใจตรงกันว่าเรื่องของกองทุนเป็นเรื่องของท้องถิ่น เรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของ รพ.สต. มาพูดถึงเรื่องของผู้สูงอายุ หน้าที่ของท้องถิ่นตาม พรบ.จัดตั้งและพรบ.กระจายอำนาจ ปี 2542 มีหน้าที่และอำนาจในการจัดกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่ กิจกรรมสาธารณะมีทุกมิติซึ่งในส่วนของผู้สูงอายุนั้นท้องถิ่นจะต้องมีส่วนรับผิดชอบผู้สูงอายุในทุกมิติ...เทศบาลจึงทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ และมีหน่วยงานบริการสุขภาพ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์สาธารณสุข ของเทศบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ โดยมีศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการทำหน้าที่บริหารจัดการและควบคุมการจัดบริการภายใต้คณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข บทบาทการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจึงเป็นบทบาทหลักของเทศบาลที่มีการแยกการจากกันอย่างชัดเจน” (IDI-PL-Lead1)

3. ผลลัพธ์ของระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

3.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ

พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว ก่อนการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.14, S.D. = 0.55) โดยคุณภาพชีวิตรายด้านที่คะแนนต่ำสุด คือ ด้านร่างกาย รองมาด้านสัมพันธภาพทางสังคม หลังได้รับการสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระยะเวลา 1 ปี พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38, S.D. = 0.49) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ รองมาด้านสัมพันธภาพทางสังคมและผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัยและหลังการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ก่อนและหลังการวิจัย (n=660)

การประเมินคุณภาพชีวิต	ก่อนการวิจัย Mean (S.D.)	หลังการวิจัย Mean (S.D.)	t-test	P-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.14 (0.55)	3.38 (0.49)	17.38	<0.001*
ด้านสุขภาพกาย	2.86 (0.64)	3.05 (0.59)		
ด้านจิตใจ	3.43 (0.68)	3.56 (0.63)		
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.99 (0.72)	3.55 (0.87)		
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.26 (0.66)	3.30 (0.60)		

*t-test, $p\text{-value} < 0.01$

3.2 ผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัย จำนวน 777 คน พบมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดบ้านไม่สับสน ร้อยละ 72 รองลงมา คือ กลุ่มที่ 2 ติดบ้านและมีภาวะสับสน ร้อยละ 13 กลุ่มที่ 3 ติดเตียงไม่รุนแรง เกือบร้อยละ 10 และ กลุ่มที่ 4 ติดเตียงและเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 5 หลังการวิจัยพบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิต จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 9 และมีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.38$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุภายใต้การจัดบริการดูแลของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ก่อนและหลังการวิจัย ($n=660$)

ระดับภาวะพึ่งพิง ระยะยาวตามเกณฑ์ สปสข.	ก่อนการวิจัย ($n=777$) n (%)	หลังการวิจัย ($n=630$) n (%)	เสียชีวิต ($n=68$)	หายจาก ภาวะพึ่งพิง ($n=79$)	χ^2	P-value
กลุ่มติดบ้าน	662 (85.20)	547 (86.83)	68 (8.75)	79 (10.17)	0.76	0.38
กลุ่มที่ 1	561 (72.20)	487 (76.94)				
กลุ่มที่ 2	101 (13.00)	60 (9.48)				
กลุ่มติดเตียง	115 (14.80)	83 (13.17)				
กลุ่มที่ 3	76 (9.78)	65 (10.27)				
กลุ่มที่ 4	39 (5.02)	18 (2.84)				

*McNemar Test, $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวหนึ่งในสาม มีปัญหาด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน และมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด แตกต่างจากการศึกษา ในประเทศจีนที่พบผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ร้อยละ 69.3 เป็นกลุ่มติดเตียง ซึ่งร้อยละ 71.4 เป็นโรคหลอดเลือดสมอง รองมาร้อยละ 25.2 โรคปอดติดเชื้อ (Zhou et al, 2023) ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดประเภทการเข้ารับการดูแลในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทำให้การเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุได้ง่ายและความสะดวก

สำหรับด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ประมาณร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน ตามลำดับ อีกทั้งพบว่าผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 21 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพความไม่พร้อม

ทางด้านร่างกาย โดย 1 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และ 1 ใน 3 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และประมาณร้อยละ 2 มีความพิการ และมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มคนที่มีความต้องการการดูแลเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร, จิงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) อย่างไรก็ตามอัตราส่วนเกือบนุมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) และพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองมาคือ อารมณ์ ด้านสังคม พบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 5.3 (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร, จิงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคตทำให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุมีความต้องการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากภาครัฐ

2. การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกสาว พบว่าหนึ่งในสามมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยร้อยละ 41 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 20 เป็นผู้สูงอายุหลังดำเนินการวิจัย 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคม เป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสอดคล้องกับความต้องการการรับบริการผู้สูงอายุแต่ละราย (ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ได้รับการดูแลมีความรู้สึกพึงพอใจกับบริการของระบบการดูแลระยะยาว และทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกในภาพรวมทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงมีความสุข (Suriyanrattakorn & Chang, 2021) การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวเป็นการจัดการที่อาศัยชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

3. ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุภายใต้การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ก่อนและหลังการวิจัยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังดำเนินการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และมีผู้สูงอายุอาการดีขึ้นสามารถช่วยตนเองได้ประมาณร้อยละ 10 และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.38 ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นการจัดการขั้นพื้นฐานเพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระยะยาวที่บ้านโดยการกำหนดจากจำนวนการเยี่ยมบ้านต่อรายสัปดาห์ของผู้ดูแลเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การติดตามงานจากผู้จัดการดูแล เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นตัวแปรที่อธิบายการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 64 (นายสุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก, 2562) แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาวการเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอาจทำได้ยากลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดเตียงระยะท้ายที่คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มีคะแนน 0 - 4 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ส่วนด้านมาตรฐานการดูแลหรือคุณภาพการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคของการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านจึงยังเป็นข้อจำกัดของการจัดบริการดูแลระยะยาวของประเทศไทย ซึ่งการสังเคราะห์องค์ความรู้ของการจัดบริการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ พบว่า ประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.50 ประสิทธิภาพการสนับสนุนทางวิชาชีพแก่เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 18.80 และประสิทธิผลในการป้องกันของโปรแกรมแผลกดทับ พบร้อยละ 6.3 (Kalideen, Govender, & van Wyk, 2022) รวมทั้งการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตใจ (Kittipimpanon & Wangpitipan, 2021) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่บ้านจึงเป็นแนวทางที่ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพของบริการเพื่อให้เกิดมาตรฐานของกิจกรรมบริการภายใต้การดูแลของมาตรฐานของวิชาชีพด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมมือกับสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะโรคหรือแต่ละกลุ่มประเภทของผู้รับบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการดูแลระยะยาวที่บ้านเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลที่ดีภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข รวมทั้งการวิจัยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุไทยในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

- นายสุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(2), 193-207.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเกล้า. (2563). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2556). รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ม.ป.ท.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ, วัชร อมรโรจน์วรฤทธิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู และทิพวรรณ ทับซ้าย. (2564). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(36), 44-62.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุมไพศาลชัย, กรองจิตต วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

- Collin, C., Wade D. T., Davies S., & Horne V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *Disability and Rehabilitation*, 10(2), 61-63. <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>
- Dye, J. F., Schatz, I. M., Rosenberg, B. A., & Coleman, S. T. (2000). Constant comparison method: A kaleido-scope of data. *The Qualitative Report*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2000.2090>
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age Ageing*, 23(2), 97-101. <https://doi.org/10.1093/ageing/23.2.97>
- Kalideen, L., Govender, P., & van Wyk, J.M. (2022). Standards and quality of care for older persons in long term care facilities: A scoping review. *BMC Geriatrics* 22, 226. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02892-0>
- Kittipimpanon, K., & Wangpitipanit, S. (2021). Factors associated with quality of care among dependent older persons in the community. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2651-2655. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s323851>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Affordability of long-term care services among older people in the OECD and the EU*. Retrived March 20, 2023. from <https://www.oecd.org/health/health-systems/Affordability-of-long-term-care-services-among-older-people-in-the-OECD-and-the-EU.pdf>.
- Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P., & Chen, H. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: Prevalence and associated factors. *Ageing International*, 39(3), 210-220. <https://doi.org/10.1007/s12126-013-9190-7>
- Stringer, E. & Genat W. (2004). *Action research in health*. Upper Saddle River, N.J.: Merrill Prentice Hall.
- Stringer, E. (2014). *Action research*. 4th edition. Thousand Oaks, California: Sage Publication Ltd.
- Suriyanrattakorn, S., & Chang, C. L. (2021). Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy Open*, 8(2), 100026. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100026>
- Zhou, M., et al. (2023). Long-term care status for the elderly with different levels of physical ability: A cross-sectional survey in first-tier cities of China. *BMC Health Services Research*, 23, 953. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09987-3>