

บทความวิจัย

การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

The Development of a Long Term Care Service for Dependent Elders in Nongsim Sub-district, Borabue District, Mahasarakham Province

ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์* อรสา กงตาล^๑
Piyarat Yaprudit* Orasa Kongtalan^๑

^๑นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
^๑Master Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
^๒ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
^๒Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: piyarat2171@gmail.com

*Corresponding author: piyarat2171@gmail.com

Received 28 August 2019 • Revised 17 October 2019 • Accepted 23 January 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความต้องการและพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ประยุกต์แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลระยะยาว ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติตามแผน สังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 53 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และผู้จัดการผู้สูงอายุ จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลลัพธ์การพัฒนาบริการดูแลระยะยาว พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.70 มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาชุดบริการ ดังนี้ 1) ชุดดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ชุดฟื้นฟูสภาพ 3) ชุดดูแลระยะท้าย 4) ชุดดูแลแผลและป้องกันแผลกดทับ 5) ชุดอุปกรณ์การแพทย์ 6) ชุดดูแลสมองเสื่อม แนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับเครือข่าย และแผนการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาชุดบริการดูแลระยะยาวและมีการนำชุดบริการและแนวปฏิบัติขยายผลในพื้นที่อื่น และควรมีการประสานงานและจัดทำข้อสรุปเสนอต่อผู้บริหารระดับท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการสมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: บริการดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to improve long term care service for dependent elders with chronic illnesses and conditions in Nongsim sub-district, Borabue district, Mahasarakham province using conceptual framework from long-term care service and chronic care model approach. Research approach consisted of 2 cycles of action research, of which each cycle included 4 phases: PLAN, ACT, OBSERVE, REFLECT. Fifty three key informants were selected by purposive sampling included 15 dependent elders, and their caregivers, village health volunteers, community leaders, multi-disciplinary personnel and care manager. Data were collected using focus group, in-depth interviews, observation and also secondary data from related records and documentations. All qualitative data were analyzed by content analysis and descriptive statistic was used for quantitative data analysis.

The research outcomes showed that long term care service encouraged 77.70% of dependent elders to be improved as they had higher Barthel ADL index. Several long term care service packages were developed in order to support dependent elders in various situations and contexts such as basic foundation and hygiene care; rehabilitation; stroke care; cancer and end-of-life care; bed sore care; and care plan for caregivers. Also clinical practice guideline for long term care service was developed under CUP agreement.

The recommendations were to expand and to develop more long term care packages and clinical practice guideline in other contexts. Also key messages from practice level should be presented and submitted as executive summary in order to improve policy and decision making at local administrative organization to participate in health service fund.

Keywords: dependent elders; long term care service

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรประเทศไทย และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์ ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 อันดับที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 53.2, 19, 18.1, 4.6, 2.6 และ 1.6 ตามลำดับ¹ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมักจะประสบปัญหาต่อสถานะทางเศรษฐกิจสังคม และระบบบริการ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น ในปี 2557 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 22.3 ร้อยละ 56.5 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 29.9 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง

(อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 13.6 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป)² จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องการจัดบริการในชุมชนโดยสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก การจัดบริการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ และพื้นที่ ที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวมีการอาศัยต้นทุนหรือทรัพยากรในชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคส่วน³

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพของประชากรสูงอายุ โดยนำไปสู่ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดนโยบายที่สำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการบรรจุวาระการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีมิติที่สำคัญร่วมกัน คือ ให้รัฐมีหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการใช้อุปกรณ์และชุมชนเป็นฐาน⁴

นอกจากนี้ยังมีนโยบายและแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ โดยเน้นการสนับสนุนการดูแลระยะยาว และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น⁵

ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดมหาสารคามได้มีการนำนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมอบหมายให้แต่ละอำเภอรวมทั้งอำเภอเมืองนำนโยบายดังกล่าวมาใช้เน้นการบูรณาการด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมในพื้นที่ให้ อปท. มีบทบาทหลักในการจัดบริการ เน้นการพัฒนาจากทางสังคม และทรัพยากรที่มีในพื้นที่ อปท. หนองสิม มีการดำเนินการส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานเข้าร่วมอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อย่างไรก็ตามพบว่าหน่วยงานที่ให้บริการหลักยังเป็นสถานบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า ตำบลหนองสิมเป็น 1 ใน 3 อปท. ที่ยังไม่สมัครเข้าร่วมกองทุนตำบลดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 25 ของอำเภอเมือง และคิดเป็นร้อยละ 3.75 ของจังหวัด

จากผลการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองสิม พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 614 คน คิดเป็นร้อยละ 11.19 จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index)⁶ ร้อยละ 2.44 พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 20 และอื่นๆ ได้แก่ พิการทางการเคลื่อนไหวจากอุบัติเหตุ และชรา คิดเป็น ร้อยละ 26.66

จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการตอบรับนโยบายดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นอย่างไร
2. การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองสิม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการศึกษา

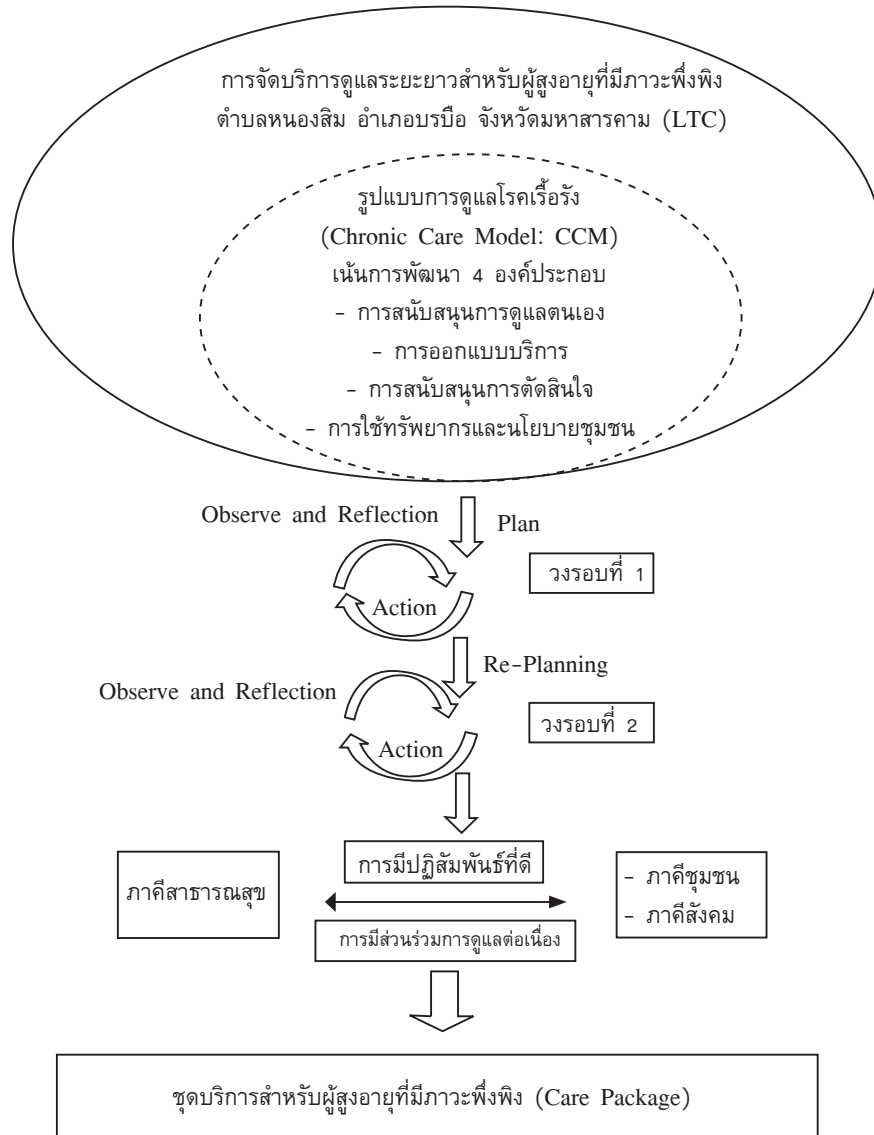
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อาศัยการมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายในชุมชน (Community Based Long Term Care) ร่วมกับแนวคิดการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC)³ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่าย โดยการเชื่อมโยงระบบบริการด้านสาธารณสุข บริการด้านสังคม บริการด้านชุมชน เพื่อสนับสนุนให้มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างเหมาะสม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kermmis and McTaggart⁷ ประกอบด้วย 2 ระยะ แต่ละระยะมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย

1. การวางแผน (planning) การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การนำเสนอปัญหาและการสะท้อนข้อมูลการจัดบริการดูแลระยะยาว
2. ดำเนินงานตามแผน (action) ดำเนินกิจกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง 4 องค์ประกอบ (The Chronic Care Model: CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner, Bodenheimer and Grumbach⁸ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support)

4) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (community resource and policy) 3. การสังเกต (observation) และ 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ระยะที่ 2 จากการสะท้อนผลการปฏิบัติระยะที่ 1 เพื่อให้เกิดความครอบคลุม

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีประสิทธิภาพ สามารถสรุปผลการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็นชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care package) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ บริการและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมายการวิจัย

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 53 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ 7 คน ประกอบด้วยแพทย์ เกษัตริศพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager: CM) จำนวน 70 ชั่วโมง 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการประเมินศักยภาพความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activation of Daily Living: ADL) มีคะแนน 0-11 คะแนน จำนวน 15 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 15 คน 3) กลุ่มผู้นำอปท. จำนวน 3 คน แกนนำชุมชน จำนวน 10 คน และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver: CG) จำนวน 70 ชั่วโมง จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบด้านจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองเลขที่ HE6122211 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยขออนุญาตทำการวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในส่วนของสถานบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา รวมทั้งสอบถามความสมัครใจของการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล: Barthel ADL index) ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การประเมินความต่อเนื่องของการได้รับการดูแล

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างแบ่งออกเป็น 2 ชุด เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขและผู้นำ อปท. 3) แนวทางการสนทนากลุ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้นำในชุมชนหรือตัวแทนชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 4) แบบบันทึกความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) แบบบันทึกแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan) 6) แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมโดยการสังเกตบริบท สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมชุมชน การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความต้องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินภาวะสุขภาพและแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ในด้านของความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา สอดคล้องวัตถุประสงค์ และตรงตามกรอบแนวคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหา ความต้องการการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล: Barthel ADL index) การประเมินระดับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการพึ่งพาปานกลาง มีระดับคะแนนความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) อยู่ระหว่าง 6-9 คะแนน มีระยะเวลาเจ็บป่วย 0-5 ปี ร้อยละ 86.67 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.67

เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.33 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดสมอง) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบ่งเป็นระดับ 2 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างกิจกรรม ร้อยละ 46.66 ระดับ 3 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ระยะท้าย ร้อยละ 46.66

2. การประชุมระดมสมองนำเสนอปัญหา และสะท้อนข้อมูลการจัดบริการดูแลระยะยาวระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้บริการ

2.1 ด้านผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือดูแล ขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ต้องการการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้สูงอายุแทนในบางวัน บางกิจกรรม เช่น ทำแผล การมีทัศนคติเชิงลบของผู้ดูแล เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุควรเป็นเจ้าหน้าที่

2.2 ด้านผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น มองการดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการ ในส่วนของท้องถิ่นมีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณเท่านั้น ขาดการนำนโยบายกองทุนตำบลดูแลระยะยาวมาใช้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 ด้านการจัดบริการ พบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ มีนโยบายที่เป็นลักษณะของการดูแลต่อเนื่อง การดูแลระยะยาว และการดูแลระยะท้าย มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแต่ขาดการบูรณาการการดูแล

3. การกำหนดประเด็นปัญหา และความต้องการพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม 4 องค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง ดังนี้

3.1 พัฒนาศักยภาพสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) โดยการจัดทำคู่มือดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ และจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามปัญหาและภาวะสุขภาพ

3.2 พัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (care giver) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.3 พัฒนาการใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (community resource and policy) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อมีส่วนร่วมการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายในชุมชน

3.4 พัฒนาการออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ดังนี้

3.4.1 การใช้แบบบันทึกความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลัก “หนองสิมโมเดล”

3.4.2 แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plan) และการปฏิบัติตามแผน

4. การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะที่ 1 สามารถสรุปสถานการณ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ และสามารถจัดกลุ่มการจัดบริการตามลักษณะความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแยกตามปัญหาสุขภาพรายบุคคลและรายกลุ่มโรค ดังตาราง 1

ตาราง 1 การประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการจัดบริการดูแลระยะยาว จำแนกตามปัญหาสุขภาพรายบุคคล

ลำดับ ที่	โรคประจำตัว	ADL	PPS	ประเภทการพึ่งพิง		ความ ต้องการ อุปกรณ์ การแพทย์	ปัญหาและความต้องการการดูแล					
				ติดบ้าน	ติดเตียง		การฟื้นฟู สุขภาพ ⌚	อุปกรณ์ การแพทย์ *	การทำ แผล 🔔	สมอง เสื่อม 😊	การดูแล ระยะท้าย 👤	ดูแล สุขภาพ ทั่วไป🏠
1	Parkinson	1	30		√	-	√		√	√	√	√
2	HT with old CVA	11	80	√		ใช้ Walker	√					
3	HT with old CVA	4	30		√	-	√				√	√
4	ไม่มี	5	50	√		-	√					√
5	Gall stone	5	40	√		-	√		√		√	√
6	NPH	9	50	√		-				√		√
7	ไม่มี	11	70	√		ใช้ Walker	√					
8	HT	8	50	√		ที่นอนลม	√					√
9	COPD	11	60	√		-	√			√		√
10	COPD	7	40	√		-	√			√	√	√
11	DM with HT	2	30		√	ที่นอนลม	√	√	√			√
12	CHCA	6	30	√		-	√	√			√	√
13	DM with HT	4	60	√		Walker และรถเข็น	√					√
14	DM with Rheumatoid	7	60	√		-	√		√			√
15	CA cervix	9	30	√		-	√				√	√

หมายเหตุ PPS = Palliative Performance Scale, NPH =Normal Pressure Hydrocephalus, CHCA =Cholangiocarcinoma

จากตารางการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาว สามารถสรุปผล ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 1) ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 100 2) ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 53.33 3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบประสาทและกล้ามเนื้อต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 46.66 3) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 26.67 4) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเมเร็ง ร้อยละ 13.33 5) ผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ร้อยละ 26.7 6) ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์การแพทย์ ร้อยละ 13.33 และเมื่อแบ่งประเภทการพึ่งพิงออกเป็น ติดบ้าน ร้อยละ 80 ติดเตียง ร้อยละ 20

จากการสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติการ พัฒนาการบริการในระยะที่ 1 โดยสรุปผลการประเมินเชิงกระบวนการ มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 15 คน แบ่งเป็น ทีมสหวิชาชีพ 5 คน ผู้จัดการผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ผู้ช่วย

เหลือดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน และตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน พบว่า การดำเนินงานการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังพบประเด็นปัญหาองค์ประกอบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนาการออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ในวงรอบที่ 2 ดังนี้

(1) การจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแลตามรายโรคและการจัดกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาภาวะสุขภาพและความต้องการการได้รับบริการด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกันได้แก่ การทำแผลกดทับ และการดูแลบาดแผล การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด และการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index: ADL) ความสามารถในการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยในการเคลื่อนที่หรือพยุงเดิน การประเมินระดับความสามารถของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบ

ระดับประคอง และการประเมินความต้องการของญาติ ผู้ดูแล สามารถส่งต่อการดูแลให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) หรือทีมหมอครอบครัว เพื่อจัดการบริการดูแลแบบบูรณาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุระยะท้าย ในชุมชนครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

(2) การพัฒนาและเพิ่มช่องทางการเข้าถึง บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ บริการ EMS 1669, Application line group “Nongsim Care Model” เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงตำบลหนองลิ้ม

(3) แผนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉพาะราย (care plan) ตั้งเป้าหมายการให้การดูแลทั้ง ระยะสั้น และระยะยาวตามปัญหาภาวะสุขภาพ ความ ต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักทั้งด้านสังคม และด้าน การรับบริการสาธารณสุข สรุปและการประเมินผลการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว พร้อมทั้งวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

(4) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว การบูรณาการตั้งแต่การดูแลในหอผู้ป่วย การส่งต่อ เพื่อดูแลต่อเนื่อง การดูแลระยะท้าย และแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ต้องได้รับการดูแลโดยมี เครือข่ายการให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ตาราง 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การป้องกันแผล กัดทับ	การฟื้นฟูข้อติด และกล้ามเนื้อลีบ	การป้องกันการติด เชื้อทางเดินปัสสาวะ	การดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม	การดูแลผู้สูงอายุ ระยะท้าย	การดูแลสุขภาพ ทั่วไปที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ
1. การประเมินความ เสี่ยงแผลกดทับ ¹⁰	1. การฟื้นฟูสภาพ ทางกายภาพบำบัด เบื้องต้น ¹¹	1. การดูแลผู้สูงอายุ ใส่สายสวนปัสสาวะ ¹²	1. ความรู้และการ ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม ¹³	1. การดูแลผู้สูงอายุ ระยะท้ายในชุมชน ¹⁴	การดูแลสุขภาพ ทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ¹¹
2. การทำแผล ¹⁰					

2. การพัฒนาการออกแบบระบบบริการ (delivery system design) โดยการเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ในลักษณะ ของ (Team base approach) ร่วมกันวางแผนการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Planned care visit) เพื่อจัดการ ดูแลรายกรณีตามกลุ่มโรค หรือลักษณะอาการของการเจ็บป่วย (Case management หรือ Care Plan) ประเมินความต้องการ การดูแล และการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การพัฒนาการจัดชุดบริการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีรายละเอียด ดังนี้

จากการสังเกตและการสะท้อนผลการพัฒนาการ จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ระยะที่ 1 โดยนำเสนอปัญหาและข้อเสนอแนะจากการสะท้อน ผลการปฏิบัติให้กับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ทีม สหวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 2 คน ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 3 คน อสม.และตัวแทนจากชุมชน จำนวน 15 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และออกแบบการพัฒนา ระยะที่ 2 ดังนี้

1. การพัฒนาการสนับสนุนการตัดสินใจ การจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้ดูแลหลัก อสม.และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นชุด บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง “Care Package” จำนวน 6 ชุด ได้แก่ 1) การป้องกันแผลกดทับ 2) การ ฟื้นฟูข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ 3) การป้องกันการติดเชื้อทาง เดินปัสสาวะ 4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 5) การดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย 6) การดูแลสุขภาพทั่วไปที่พบ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตาราง 2

รายบุคคล มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan) และมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลประจำเดือน โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการกำกับติดตามการดูแล โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและมีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ ที่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีการสรุปผลการดูแล รายกรณีโดยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

ตาราง 3 ตัวอย่างแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) รายเดือน³

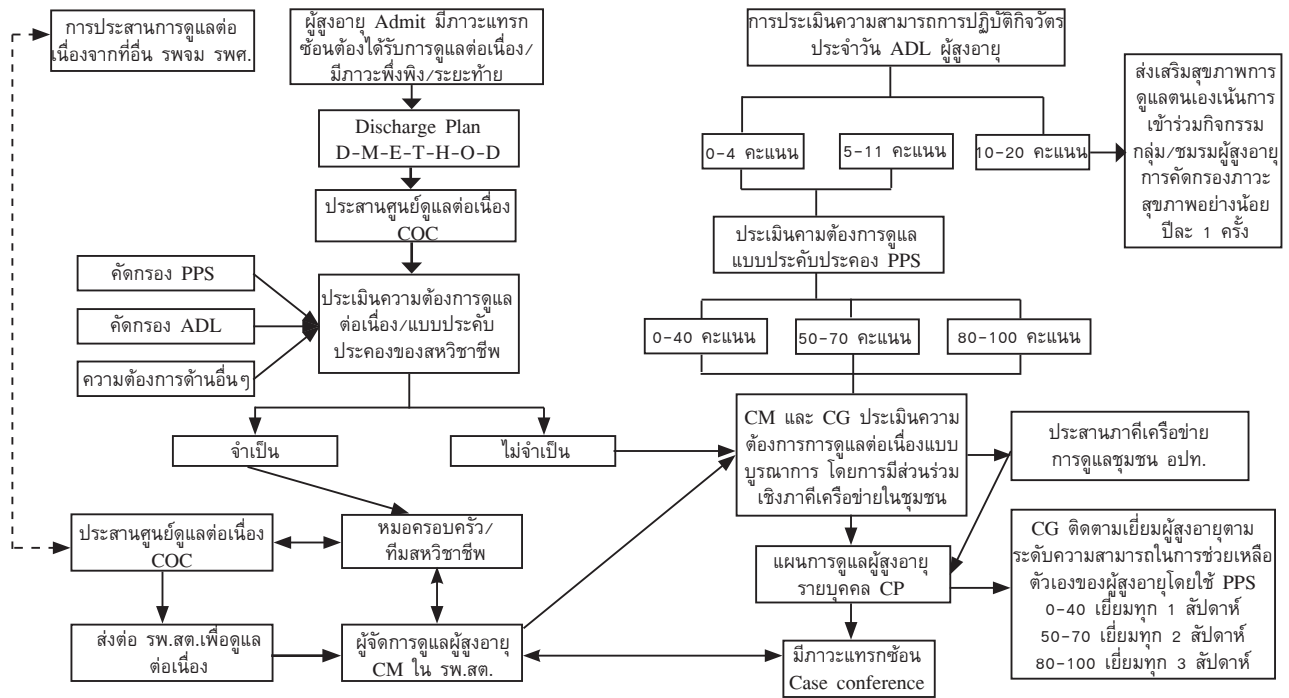
เลขที่ LTC	ประเด็นการแผนการดูแลระยะยาว	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	ความต้องการดูแลต่อเนื่อง
1.	การป้องกันแผลกดทับ	√☺	√☺	√☺	√☺☆	ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องตามชุดบริการ ดังนี้ 1.การฟื้นฟูสภาพ☺ 2.การดูแลอุปกรณ์การแพทย์★ 3.การทำแผล☺ 4.การดูแลระยะท้าย☺ 5.ดูแลสุขภาพทั่วไป☺
	การฟื้นฟูข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ	√☺	√☺	√☺	√☺☆	
	การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	√☺	√☺	√☺	√☺☆	
	การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม					
	การดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย	√☺	√☺	√☺	√☺☆	
	การดูแลสุขภาพทั่วไปที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	√☺	√☺	√☺	√☺☆	

หมายเหตุ √ แทน CG ติดตามเยี่ยมบ้าน, ☺ แทน CM ติดตามเยี่ยมบ้าน, ☆ แทน FCT ติดตามเยี่ยมบ้าน

LTC = Long Term Care, FCT = Family Care Team

3. การพัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) จัดทำแนวปฏิบัติการจั้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพัฒนาและอ้างอิงจากแนวทางจั้บริการดูแลต่อเนื่อง (home ward) ของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556¹⁵ โดยการบูรณาการการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินความ

สามารถ และการประเมินความต้องการดูแลระยะยาว ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อไปยังแต่ละเครือข่าย รพ.สต. ให้มีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan) นอกจากนี้ มีการสะท้อนกลับข้อมูลการติดตามเยี่ยมมายังทีมสหวิชาชีพหรือทีมหมอครอบครัว ส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ดังภาพ 2



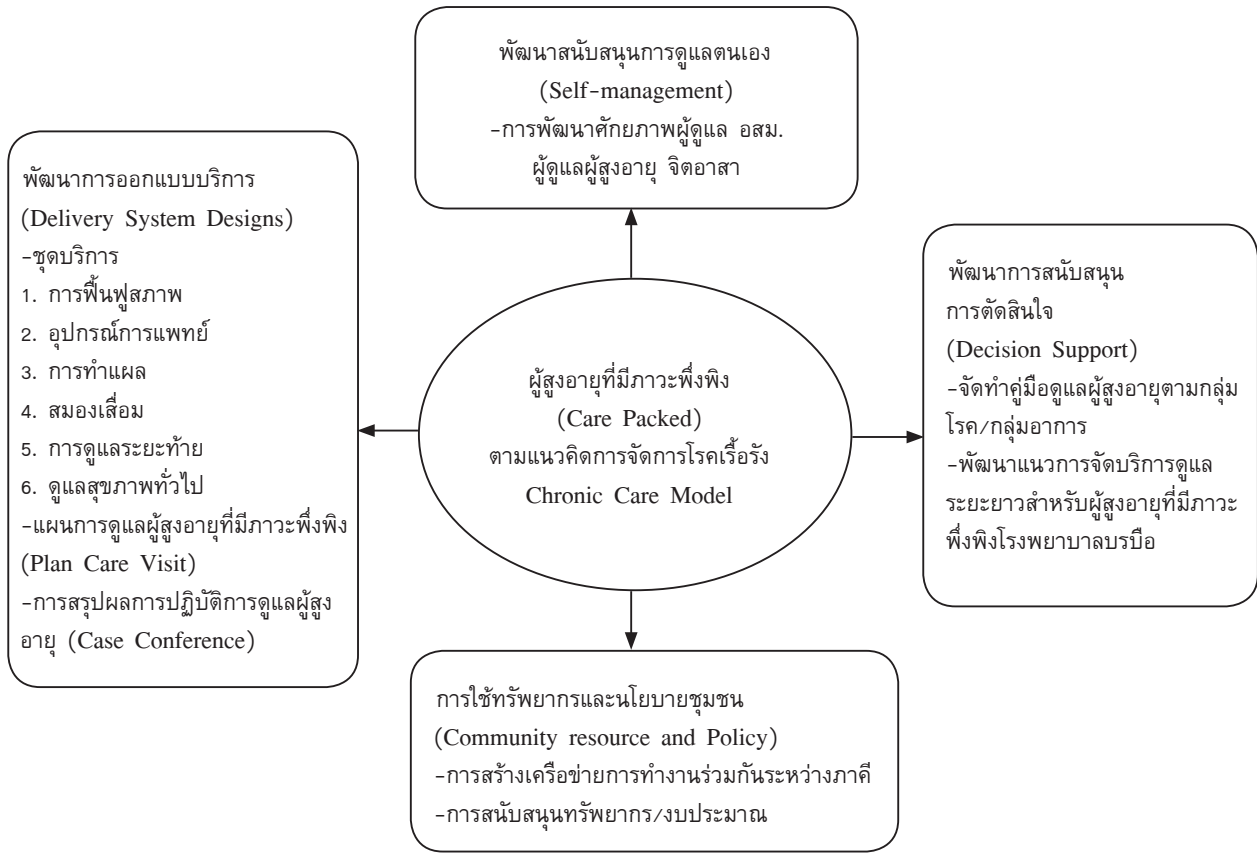
หมายเหตุ PPS= Palliative Performance Scale, D-M-T-H-O-D = D-Diagnosis, M-Medicine, E-Environment, T-Treatment, H-Health, O-Out patient, D-Diet, COC= Continuity of care

ภาพ 2 แนวปฏิบัติการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. การพัฒนาการใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (community resource and policy) โดยการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เช่น อสม., อผส., อปท., ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากอปท. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจัดให้นักวิชาการสาธารณสุขเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับการดำเนินนโยบายกองทุนตำบลดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) จากผลการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 วนรอบ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับดูแลตามแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan) จากผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุและการติดตามต่อเนื่องพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงจำนวน 2 ราย สามารถช่วยเหลือตนเองขณะทำกิจวัตรประจำวันได้เองและเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการพึ่งพิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Urirach and Churairat¹⁶ ที่ศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ติดเตียง พึ่งพิงระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนร่วมกับนักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น สามารถสรุปการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวด้วยการประยุกต์แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ดังภาพ 3



ภาพ 3 การพัฒนาบริการดูแลระยะยาวด้วยการประยุกต์แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)

ผลลัพธ์การพัฒนาบริการ

จากการพัฒนาการจัดชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (care plan) ซึ่งเป็นแผนการดูแลที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย ตั้งแต่ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักมีการวิเคราะห์ สรุปผลการปฏิบัติงานร่วมกัน และทบทวนผลการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ทำให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมภายใต้การให้คำปรึกษาจากผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) และทีมสหวิชาชีพ Chirawatkul¹⁷ ซึ่งจากการพัฒนาบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดแนวทางการพัฒนาบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการ

ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.33 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 13.33 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 13.33 โรคการทำงานของระบบประสาท ร้อยละ 20 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 6.66 และความเสื่อมตามวัย ร้อยละ 13.33 ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Grade 2 และ 3 ร้อยละ 46.66 และ Grade 1 ร้อยละ 6.66

(1) ชุดบริการดูแลระยะยาว (care package) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (care plan) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 88.88 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumniyom and Sritanyaratana¹⁸ ได้ศึกษาความต้องการชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในชุมชน ประกอบด้วย 1) ชุดสนับสนุนผู้ดูแล 2) ชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) ชุดบริการสนับสนุนอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ และ 4) ชุดบริการหรือศูนย์สนับสนุนผู้สูงอายุ/ครอบครัวในชุมชน

(2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลตามชุดบริการดูแลระยะยาว (care package) ร้อยละ 100 ได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างเหมาะสม

(3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการด้านสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 25

(4) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักต่อการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการจัดบริการ เฉลี่ยร้อยละ 85.35 ประเด็นที่มิให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้นมีคะแนนสูงสุด ร้อยละ 92.85 แสดงให้เห็นถึงการให้บริการด้วยความเต็มใจ มีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทุกราย รองลงมาจึงพบว่า ทีมให้บริการการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ทีมให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเท่าเทียมกันทุกคน และเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพท่านสามารถติดต่อสื่อสารระหว่าง อสม. และโรงพยาบาลได้สะดวก ร้อยละ 89.28 ส่วนประเด็นที่มีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดคือ ทีมให้บริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย โดยมีคะแนนระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 75 แสดงให้เห็นว่าทีมให้บริการควรเพิ่มการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย

หลังการพัฒนากระบวนการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จำนวน 2 คน สามารถเปลี่ยนกลุ่มจากภาวะพึ่งพิงปานกลางเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเอง และไม่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละเอ็ดดิ่ง

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้สูงอายุรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับภรรยา 2 คน 5 ปี ก่อนมีประวัติตกจากที่สูง เดินลำบาก ขาทั้ง 2 อ่อนแรง เคยมีประวัติหกล้มขณะเข้าห้องน้ำเมื่อ 5 เดือนก่อน บุตรจะมาเยี่ยมตามเทศกาล ภรรยาไม่ไหวดีมีสุขภาพเป็นประจำ ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุเท่าที่ควร เดิมผู้สูงอายุมีอุปกรณ์ไม้เท้าช่วยเดินแต่ผู้สูงอายุไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายและไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ เนื่องจากกลัวหกล้ม ประกอบกับห้องน้ำอยู่ภายนอกบ้าน เมื่อมีระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้นผู้สูงอายุ

ได้รับการสนับสนุนไม้เท้าช่วยเดิน (walker) ช่วยเดิน และเมื่อขาเริ่มมีกำลังเปลี่ยนเป็นไม้เท้าช่วยเดิน ร่วมกับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุทำราวทางเดินเข้าห้องน้ำ และทำอุปกรณ์การจับถ้ายเคลื่อนที่เพื่อป้องกันการหกล้มในห้องน้ำ ร่วมกับมีแผนการดูแลและการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและสามารถพัฒนาศักยภาพและสามารถช่วยเหลือตนเองกลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ต้องพึ่งพาคอลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันได้

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้สูงอายุรายที่ 7 เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานะโสด อยู่กับครอบครัวของพี่สาว ผู้ดูแลหลักคือพี่สาว ให้ประวัติว่าอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเองหลังกระแทกกับพื้น มีอาการกระดูกสันหลังหักและสะโพกร้าว เดินลำบากมีอาการปวดและชาบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง มีพี่สาวช่วยทำความสะอาดร่างกายให้บางครั้ง เนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระของพี่สาว เดิมผู้สูงอายุเดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยเดิน และออกกำลังกายบนเตียง เมื่อมีระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้นผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน และการประเมินภาวะสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว แนะนำให้มีการจัดทำราวฝึกเดินให้กับผู้สูงอายุแบ่งความรับผิดชอบให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพาออกกำลังกายโดยการฝึกเดินในระยะทดลองบริการผู้สูงอายุสามารถเดินโดยการใช้อุปกรณ์ไม้เท้าช่วยเดิน และเปลี่ยนเป็นไม้เท้าตามลำดับ สามารถช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และสามารถเดินได้ระยะทางที่ไกลขึ้น ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแผนการดูแลและการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองกลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ต้องพึ่งพาคอลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันได้

กรณีศึกษาที่ 3 ผู้สูงอายุรายที่ 10, 11, 12 และ 15 จากการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมพบเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับของคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 5-9 คะแนน แสดงถึงผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงบางส่วนหรือบางกิจกรรม แต่มีระดับคะแนนของการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) 30-40 คะแนน และส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเมเร็งที่มีการดำเนินของโรคค่อนข้างเร็ว โอกาสเสียชีวิตสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งแต่มีระดับของ ADL ต่ำ มักจะเสียชีวิตตามการดำเนินของโรค หรือจากภาวะแทรกซ้อนได้

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการจัดชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลมีความต้องการชุดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน (home and community care package) ประกอบด้วย 1) บริการฟื้นฟูสภาพ 2) บริการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องช่วยเหลือต่างๆ 3) บริการทำแผล 4) บริการดูแลสมองเสื่อม 5) บริการดูแลระยะท้าย 6) บริการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งการจัดบริการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Nuntaboot¹⁹ ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ 1) การจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) การจัดให้มีศูนย์ดูแลกลางวัน ศูนย์ดูแลระยะยาว ศูนย์กายอุปกรณ์ 3) การจัดให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) การจัดให้มีสวัสดิการผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมอาชีพและการทำงานสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumniyom and Sritanyaratana¹⁸ เกี่ยวกับความต้องการชุดบริการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 1) ชุดบริการสนับสนุนผู้ดูแล (ประจำวัน/บางเวลา/บางกิจกรรม) 2) ชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) ชุดบริการสนับสนุนยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ 4) ชุดบริการหรือศูนย์สนับสนุนผู้สูงอายุ/ครอบครัวในชุมชน

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเกิดจากความร่วมมือที่สำคัญระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากทีมหมอบรรเทา (Family Care Team: FCT) และการจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ในชุมชน²⁰ ให้บริการดูแลต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะเดียวกันการจัดบริการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรต่างๆ ที่ครอบคลุมความต้องการชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังเป็นบริการทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลัก ตามนโยบายการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นการอาศัยแหล่ง

ประโยชน์และทุนทางสังคม การประสานงานระหว่างเครือข่ายภาคีสุขภาพ จากความต้องการชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถวิเคราะห์และสรุปชุดการดูแลทั้ง 6 และใช้เป็นแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการได้ดังนี้

1. ชุดบริการฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 100 มีข้อจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การทำแผลกดทับแทนผู้ดูแลกลางวัน การช่วยเหลือฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทำกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ไม่มีภาวะพึ่งพิง หรือพึ่งพิงผู้อื่นลดลง โดยการจัดทำแผนการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุรายบุคคลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และมีการกำกับติดตามโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

2. ชุดบริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดบริการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น

3. ชุดบริการป้องกันแผลกดทับ จากข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ ร้อยละ 26.67 ผู้ดูแลแผลและทำแผลส่วนใหญ่ ได้แก่ บุตร ภรรยา จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลบางคนมีปัญหาสุขภาพ ต้องการการดูแลหรือทำแผลแทนเป็นครั้งคราว การบริการดูแลและป้องกันแผลกดทับโดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทการสับเปลี่ยนผู้ดูแลหลักทำแผล นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การช่วยเหลือถอดปูมกระดูกเพิ่มการไหลเวียนเลือด

4. ชุดดูแลสมองเสื่อม จากการประเมินภาวะสุขภาพด้านสมองของผู้สูงอายุที่สงสัยสมองเสื่อม ร้อยละ 26.67 ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า มีการหลงลืมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า รับประทานอาหาร ซึ่งเน้นให้ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น เช่น การทำบุญตามประเพณี

5. ชุดดูแลระยะท้าย จากการประเมินระดับของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้สูงอายุที่มี PPS ระหว่าง 0-70 ร้อยละ 93.33 เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนน PPS 30 คะแนน จำนวน 5 คน ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วย นอกจากนี้การประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายซึ่งเป็นโรคมะเร็งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือบรรเทาปวดเพื่อ

ให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี

6. ชุดดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล มีปัญหาภาวะสุขภาพ และมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุพึ่งพิงบางรายมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีปัญหาหรือข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ เช่น การไปตรวจตามนัด การไปรักษาต่อเนื่อง พบว่า การจัดชุดบริการดูแลสุขภาพทั่วไปที่บ้านจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจรักษา การประสานการส่งต่อ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยภาคีหลักที่สำคัญ 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีด้านสุขภาพ ภาคีด้านสังคม และภาคีด้านชุมชน โดยแต่ละภาคีมีลักษณะของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีความเชื่อมโยง และต่อเนื่องกัน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และเชื่อมโยงการจัดบริการกับกรอบแนวคิดการวิจัยโดยการบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ซึ่งพบว่า ประเด็นหลักของความต้องการการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะความต้องการการดูแลและการจัดบริการคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงได้นำแนวคิดองค์ประกอบของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งพบว่าแต่ละองค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพตามนโยบายและบริบทของชุมชน ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลัก จากข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ปัญหาด้านสุขภาพและโรคประจำตัว เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาการขับถ่าย หลงลืม แผลกดทับ ปวดเข่าและกล้ามเนื้อ ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ความต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น ความต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ในส่วนของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีภาวะเครียดและประสบปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลหลัก ซึ่งจาก

สถานการณ์ดังกล่าว สามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแล ส่งเสริม ช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ในส่วนของผู้ดูแลหลักควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมเรื่องความรู้ การพัฒนาทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งควรได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรจากบุคคลหรือภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ

2. ภาคีบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) จากโรงพยาบาล บรบือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ ระบบขององค์กรสุขภาพ (health system organization) ซึ่งได้แก่ นโยบาย แผนงาน โครงการภาวะผู้นำขององค์กรของหน่วยบริการสุขภาพที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) รวมทั้งมีการบริหารและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการ คือ การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ร่วมกับทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ในลักษณะของการเชื่อมโยงประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Team based approach) มีลักษณะของการจัดบริการและการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Planned care visit)

3. ภาคีบริการด้านสังคม ได้แก่ วัด โรงเรียน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเอกชน การจัดบริการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบของ Chronic

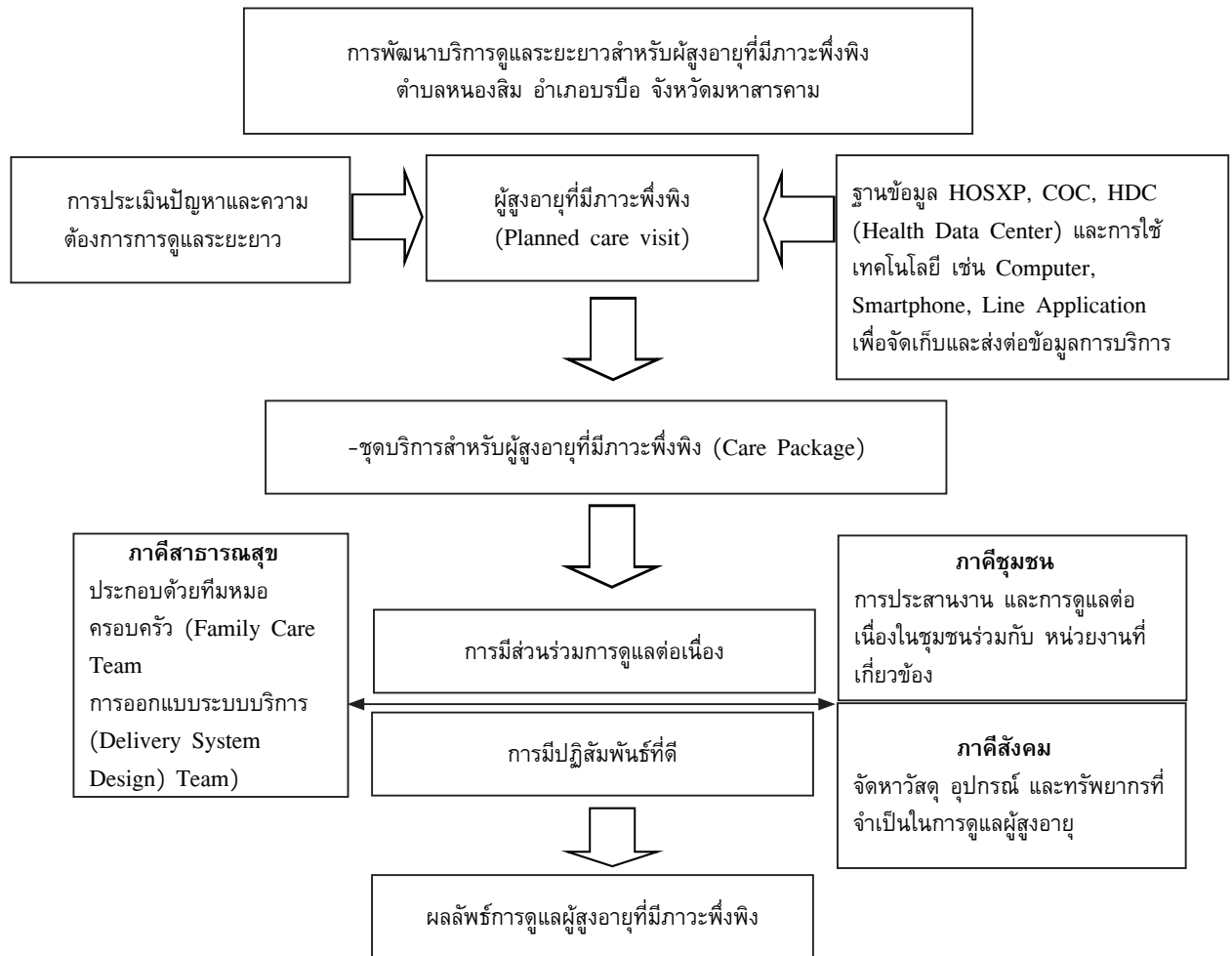
Care Model คือ การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ซึ่งหมายถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร เช่น วัด เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นศูนย์รวมจิตใจ นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในเรื่องของการบริการด้านจิตวิญญาณของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอีกด้วย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบทบาทสำคัญในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การจัดหางบประมาณดูแลผู้สูงอายุยากไร้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีวิสัยทัศน์และภาวะความเป็นผู้นำขององค์กร องค์กรเอกชนในชุมชนมีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นหรือการสนับสนุนในการจัดกิจกรรมหรือการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน

4. ภาควิชาชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำในชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.), แพทย์ประจำตำบล, ประธานชมรมผู้สูงอายุ), อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ชมรมผู้สูงอายุ, จิตอาสา ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายที่มีความสำคัญ เนื่องจากอยู่ในชุมชนและเป็นผู้นำในชุมชนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถอธิบายองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) หมายถึง บทบาทหน้าที่ของการประสานงาน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพ การติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ รายบุคคล (care plan) การประสานการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง และการมีสัมพันธภาพระหว่างกันกับผู้สูงอายุในชุมชน

1. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management Information System and Technology) ประกอบด้วย การนำระบบฐานข้อมูล HosXP, COC, HDC (Health Data Center) และการนำเทคโนโลยี เช่น computer, smartphone, line application หรืออื่นๆ เพื่อให้ภาคีหลัก 3 ภาคี สามารถเข้าถึงการนำข้อมูลของผู้สูงอายุ รวมถึงการติดตามและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว นอกจากนี้ การใช้ Application line group ยังช่วยในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information System)

2. ปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (productive interaction) และการสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) เป็นการสร้างการมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (interaction Two Way) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักกับภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ

3. การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy) เป็นการกำหนดและการมีข้อตกลงร่วมกันของภาคีหลัก 3 ภาคีในการใช้และจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานเชื่อมโยงประสานกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อน เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อให้มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รายละเอียดดังภาพ 4



ภาพ 4 สรุปการพัฒนาการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การจัดบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมักเป็นบริการทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อสม. อผส. ในส่วนของ อปท. และภาคีอื่นมีบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน และการสนับสนุนการจัดโครงการตามแผนงานโครงการทั่วไป ซึ่ง อปท.มีบทบาทสำคัญในการดึงแหล่งประโยชน์และศักยภาพจากชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นองค์รวมตั้งแต่การประเมินปัญหา การวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติงาน และการประเมินผล มีกระแสท่อนปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

สรุป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์พบว่า โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและมีความต้องการการพึ่งพิงจากผู้ดูแล ขณะที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลบางครอบครัวต้องการบริการที่หลากหลายทั้งด้านสุขภาพ ด้านชุมชน และด้านสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง หรือผู้สูงอายุบางรายที่ต้องมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวกลับบ้าน ซึ่งต้องได้รับความรู้และการฝึกฝนทักษะทั้งจากผู้ดูแลหลักในครอบครัว และอาสาสมัครในชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและสังเคราะห์ความต้องการการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยอาศัยศักยภาพของชุมชน และทุนทางสังคม เพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กร และภาคีเครือข่าย และพัฒนาเป็นชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมความต้องการบริการทั้งด้านการแพทย์ ชุมชน สังคมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นางปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ ผู้เขียนหลัก

ผศ.ดร.อรสา กงตาล ผู้วิจัยร่วมและที่ปรึกษาตลอดการเขียนบทความ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อรสา กงตาล รองศาสตราจารย์เพชรไสว ล้อมตระกูล และรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกท่านที่เข้าร่วมจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย และขอขอบคุณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหนองลิ้มที่ได้จัดสรรงบประมาณการจัดทำโครงการ และการอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W. Report survey of thai health by 5 th physical examination. Nonthaburi: Health system research institute; 2014. Thai
2. National Statistical Office, Information and communication technology. Aging survey in Thailand 2014. Bangkok: National Statistical Office; 2014. Thai.
3. National Health Security Office. Manual of long term care system in public health for dependent elderly at the community in health security system 2016. Bangkok: National Health Security

Office Press; 2016. Thai.

4. National Health Commission Office. The development of a long term care system for dependent elders. 2 nd ed. Bangkok: Nation Health Assembly; 2009. Thai
5. Ministry of Social Development and Human Security. The act on the elderly in 2003. 7 th ed. Bangkok: Theppenwapanich Press; 2010. Thai
6. Jithapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3 rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2001. Thai.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3 rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. Wagner EH, Bodenheimer T, Grumbach K. Improve primary care for patients with chronic illness: The Chronic Care Model, Part 2. JAMA. 2002; 288(15): 1909-14.
9. Oumtane A. Qualitative research in nursing. 3 rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2016. Thai.
10. Klinchuen W, Chanapai N. Basic care of bed sore clinic ostomy and wound of nursing division at Siriraj hospital. Bangkok: Health Nursing Division, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University Press; 2018. Thai.
11. Lapbejakul s, Chansirikarn S, Sasat S, et al. Manual guideline of long term care for family care team. Bangkok: Cyber Print Group Press; 2016. Thai.
12. Department of Health Service Support. Manual of family care giver for long term care. Bangkok: The Agriculture Cooperative Federation of Thailand Press; 2018. Thai.
13. The Supreme Patriarch Center on Aging. Discharge planning model for elderly patient with dementia by multidisciplinary team. Bangkok: Beyond Publishing; 2011.
14. Varisara L, Deunphen S, Sriweng P. Community-based palliative care by volunteers: perception

- of village health volunteers in a community of Khon Kaen Province. *Srinagarind Med J.* 2013; 28(2): 199-204. Thai
15. Public Health Nursing Division of the Health Department of Ministry of Public Health. *Manual guideline for home health care.* Bangkok: Public Health Nursing Division Press; 2013. Thai.
 16. Urirach B, Churairat D. Elder's health status and quality of life under the health care provided by Community Network and Simulated Families. *Journal of Nursing and Health Care.* 2017; 35(3): 175-85. Thai.
 17. Chirawatkul S. *Qualitative study in nursing: Research methodology and case study.* 2 nd ed. Bangkok: S. Asia Press; 2012. Thai.
 18. Kumniyom N, Sritanyaratana W. Needs of long term care service packages for frail older persons in community. *Journal of Nursing and Health Care.* 2016; 34(3): 125-131. Thai.
 19. Nuntaboot K. *Lessons'learned from the development of elderly care system by local communities.* Bangkok: Community Health System Research and Development Center, and Thai Health Promotion Foundation; 2015. Thai.
 20. Bureau of Health Administration, Ministry of Public Health. *Family care team, FCT.* Nontaburi: Ministry of Public Health; 2015. Thai.